



instituto p a r
ciências do comportamento

Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

MARIANNA BARROS DE LOIOLA RÊGO

**AVALIAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM SESSÕES ONLINE DE TERAPIA
ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

São Paulo

2023

MARIANNA BARROS DE LOIOLA RÊGO

**AVALIAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM SESSÕES ONLINE DE TERAPIA
ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada para o Exame de obtenção do título de Mestra do Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada do Instituto Par – Ciências do Comportamento, sob orientação do Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani.

São Paulo

2023

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

São Paulo, 15 de outubro de 2023 Marianna Barros de Loiola Rêgo

Marianna Barros de Loiola Rêgo

Dedicatória

Dedico esse estudo a todos os clientes e terapeutas que participaram da pesquisa. Bem como a todos os meus clientes que foram e são cruciais no meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Agradecimentos

À Deus que me deu forças para seguir nesse caminho mesmo com todas as dificuldades, pandemia, perda de entes queridos, adoecimentos meus e de familiares. Com a fé de que esse momento chegaria, puder continuar lutando.

Aos meus pais e minhas irmãs que apostaram em mim e nesse sonho, mesmo com vários estados de distância sempre estiveram presentes e são parte muito importante desse processo, sem eles não teria chegado até aqui. Ao meu namorado, parceiro, companheiro e cúmplice de vida, que sustentou todas as dificuldades ao meu lado e me ajudou a ver uma luz quando tudo era escuridão. Às minhas amigas e amigos, não citarei todos, mas que foram minha rede de apoio imprescindível em momentos difíceis e turbulentos, me incentivaram a continuar. Aos meus filhos de 4 patas que foram os melhores antidepressivos e ansiolíticos, estando ao meu lado nesses 3 anos e meio.

À minha psicóloga Vânia, que me ajudou a não desistir, enxergar um caminho possível entre respeitar meus limites e realizar esse feito gigante, sem ela, não teria chegado nem à metade desse trabalho. A minha amiga Dra Ângela que me socorreu em muitas dúvidas, questionamentos e correções. Ao meu orientador Denis, por todas as orientações, conversas, acolhimentos e correções, obrigada pela paciência, escuta e compreensão.

A todos os membros do grupo de pesquisa TACN1 (Natasha, Adriana, Ana Carmem, Marcelo, Barbara, Lilian, Aline, Amanda, Jorge, Matheus, Bernardo) que contribuíram grandemente para que os dados dessa pesquisa fossem organizados e estivessem disponíveis para mim. Minha colega de turma Luiza Medina e o professor Dr Felipe Corchs que realizaram a coleta dos dados arduamente durante a pandemia.

Resumo

A psicoterapia online, regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia pela Resolução nº11/2018, tem sido muito difundida nos últimos anos, trouxe mudanças na atuação da psicologia, logo, exige estudos científicos. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da aliança terapêutica estabelecida em atendimentos online síncronos, por meio dos instrumentos SEQ (*Session Evaluation Questionnaire*) e WAI (*Working Alliance Inventory*). Terapeutas e Clientes de 8 díades preencheram os instrumentos após cada sessão. Quanto ao instrumento SEQ, todos os participantes avaliaram as sessões como profundas; 12 participantes avaliaram como suaves, enquanto 4 avaliaram as sessões como duras. Todos os participantes, avaliaram seu humor após as sessões como “positivo”. Nove participantes relataram sentir-se ativos e sete inativos. Dentre os 9 que se sentiram ativos, 7 foram clientes. Quanto à Aliança Terapêutica - AT, medida pelo instrumento WAI, não houve diminuição significativa nos dados de aliança, ao longo do processo das diferentes díades. Observou-se padrão de estabilidade, com poucas oscilações nos escores de AT em 3 díades e, em 5 delas, essa estabilidade foi seguida por um aumento abrupto nos escores em algum ponto do processo seguido de novo período de estabilidade. Pode-se inferir a partir das medidas dos instrumentos que a relação terapêutica e a aliança terapêutica foram bem estabelecidas em todas as díades avaliadas. Em comparação com a literatura que estudou a AT em atendimentos presenciais e online, os escores obtidos em WAI são significativos e robustos, indicando consistência entre as avaliações de cliente e terapeuta. Como possíveis limitações deste estudo, não foi possível avaliar os resultados do processo terapêutico ao final de cada uma das díades e não foi possível coletar um número massivo de sessões de todas as díades. Futuros estudos poderiam investigar o conteúdo de cada sessão (tanto por meio de análises qualitativas quanto por meio de categorização de comportamentos e microanálise sequencial), correlacionando com as medidas obtidas no SEQ e WAI.

Palavras-chave: aliança terapêutica, atendimento psicológico online, categorização, escala

Abstract

Online psychotherapy, regulated by the Federal Psychology Council through Resolution No. 11/2018, has become widespread in recent years, bringing about changes in the field of psychology, and thus, it demands scientific studies. The aim of this study was to evaluate the quality of the therapeutic alliance established in synchronous online sessions, using the SEQ (Session Evaluation Questionnaire) and WAI (Working Alliance Inventory) instruments. Therapists and clients from 8 dyads completed the instruments after each session. Regarding the SEQ instrument, all participants evaluated the sessions as deep; 12 participants rated them as smooth, while 4 assessed the sessions as challenging. All participants reported their mood after the sessions as "positive." Nine participants stated they felt active, and seven felt inactive. Among the nine who felt active, seven were clients. As for the Therapeutic Alliance (TA) measured by the WAI instrument, there was no significant decrease in alliance data throughout the different dyads' processes. A pattern of stability was observed, with few fluctuations in the TA scores in 3 dyads, and in 5 of them, this stability was followed by a sharp increase in scores at some point in the process, followed by another period of stability. It can be inferred from the instrument measures that the therapeutic relationship and the therapeutic alliance were well-established in all the evaluated dyads. Compared to the literature that studied TA in in-person and online sessions, the scores obtained in WAI are significant and robust, indicating consistency between client and therapist assessments. Possible limitations of this study include the inability to assess the results of the therapeutic process at the end of each dyad and the inability to collect a massive number of sessions from all dyads. Future studies could investigate the content of each session, both through qualitative analysis and through categorization of behaviors and sequential microanalysis, correlating it with the measures obtained in SEQ and WAI.

Keywords: therapeutic alliance, online psychological counseling, categorization, scale

Lista de figuras

Figura 1. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 1 (T1-C1).....	28
Figura 2. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 1 (T1-C1) a partir do instrumento WAI	30
Figura 3. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 2 (T2-C2)	31
Figura 4. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 2 (T2-C2) a partir do instrumento WAI.....	33
Figura 5. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 3 (T3-C3)	35
Figura 6. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 3 (T3-C3) a partir do instrumento WAI	36
Figura 7. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 4 (T4-C4).....	37
Figura 8. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 4 (T4-C4) a partir do instrumento WAI	38
Figura 9. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 5 (T4-C5).....	40
Figura 10. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 5 (T4-C5) a partir do instrumento WAI	41
Figura 11. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 6 (T4-C6).....	42
Figura 12. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 6 (T4-C6) a partir do instrumento WAI	44
Figura 13. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 7 (T5-C7)	45
Figura 14. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 7 (T5-C7) a partir do instrumento WAI	46
Figura 15. Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da Díade 7 (T6-C8)	47
Figura 16. Pontuação de escore total de Aliança da Díade 7 (T6-C8) a partir do instrumento WAI	48

Lista de tabelas

Tabela 1. Quantidade de sessões de WAI e SEQ por díade e total	26
Tabela 2. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 1 (T1-C1) a partir do instrumento WAI.....	29
Tabela 3. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 2 (T2-C2) a partir do instrumento WAI.....	32
Tabela 4. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 3 (T3-C3) a partir do instrumento WAI.....	36
Tabela 5. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 4 (T4-C4) a partir do instrumento WAI.....	38
Tabela 6. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 5 (T4-C5) a partir do instrumento WAI.....	40
Tabela 7. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 6 (T4-C6) a partir do instrumento WAI.....	43
Tabela 8. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 7 (T5-C7) a partir do instrumento WAI.....	45
Tabela 9. Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da Díade 8 (T6-C8) a partir do instrumento WAI.....	48
Tabela 10. Síntese dos dados obtidos com as díades, incluindo os escores de Aliança terapêutica medidos pelo instrumento WAI e a tipologia de SEQ.....	49

Lista de siglas

TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
AT	Aliança Terapêutica
C.	Cliente
Dp	Desvio padrão
FAP	Psicoterapia Analítico Funcional
M	Média
Md	Mediana
WAI	Working Alliance Inventory
SEQ	Session Evaluation Questionnaire
T.	Terapeuta

Sumário

Atendimento Psicológico Online.....	4
Aliança Terapêutica: uma variável da Relação Terapêutica	6
Como avaliar e medir a Aliança Terapêutica.....	11
Objetivos	16
Método	17
Participantes	17
Características dos participantes.....	17
Procedimentos de Amostragem.....	20
Material e Equipamentos	21
Protocolo de Coleta de Dados	21
Instrumentos	21
Mascaramento	23
Delineamento.....	23
Estratégia Analítica.....	24
Resultados e discussão	26
Díade 1 (T1-C1).....	27
Díade 2 (T2-C2).....	30
Díade 3 (T3-C3):.....	34
Díade 4 (T4-C4).....	37
Díade 5 (T4-C5).....	39
Díade 6 (T4-C6).....	41
Díade 7 (T5-C7).....	44
Díade 8 (T6-C8).....	46
Considerações finais	68

Referências	73
Apêndice 1	92
Apêndice 2	96
Apêndice3	100
Apêndice 4	100
Apêndice 5.....	103
Apêndice 6	104
Apêndice 7	105

As formas de comunicação virtual e online tem se destacado cada vez mais não só como uma possibilidade de comunicação, mas de desenvolvimento de relações interpessoais. Nesse cenário, apresentam-se diferentes possibilidades de relacionar-se uns com os outros e de proporcionar interações ao vivo com pessoas fisicamente distantes.

As pessoas estão conectadas quase que integralmente ao meio virtual e, dessa forma, conseguem se fazer presentes mesmo a longas distâncias. Com essas novas formas de interação, o atendimento psicológico, que antes era realizado apenas presencialmente, também passou a ser realizado de forma online. Na prática da prestação de serviços na psicologia, essa modificação aconteceu em 2018 por meio da Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 11/2018, que atualizou a Resolução CFP nº 11/2012. A resolução trata do atendimento psicológico online e outros serviços realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância.

A Resolução do CFP nº 11/2018 ampliou e regulamentou as possibilidades de oferta de serviços de psicologia mediados por tecnologias da informação e comunicação (TICs) que antes não eram previstas na Resolução CFP nº 11/2012. Manteve as exigências previstas na profissão, estendendo as determinações para o ambiente virtual e vinculando-as ao cadastro individual do profissional. Também é possível por meio dela, a orientação do profissional junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP), de modo a possibilitar eventuais apurações em caso de prestação incorreta dos serviços (Resolução CFP nº 11/2018).

A partir dessa nova norma, a(o) psicóloga(o) está autorizada(o) a oferecer consultas ou atendimentos psicológicos de diferentes tipos utilizando as TICs. De acordo com a resolução, cada tecnologia utilizada deverá guardar coerência e

fundamentação na ciência, na legislação e nos parâmetros éticos da profissão, cabendo ao profissional fundamentar, inclusive nos registros da prestação do serviço, se a tecnologia utilizada é tecnicamente adequada, metodologicamente pertinente e eticamente respaldada (Resolução CFP nº 11/2018).

Na prática, há dois tipos de atendimento online: o síncrono e o assíncrono, de acordo com a simultaneidade da comunicação. A forma síncrona ocorre em tempo real, com interação simultânea entre terapeuta e cliente e trata-se de atendimentos online que ocorrem ao vivo, mediados por vídeo chamadas, áudio e chat. Na forma assíncrona, o atendimento ocorre de modo alternado, com intervalo de tempo entre as interações – o cliente apresenta seu relato, por meio de texto ou mensagens de voz, e o terapeuta devolve posteriormente sua análise ou proposta terapêutica, assim sucessivamente (Suler, 2002 como citado em Ulkovski et al., 2017; Siegmund, G., Janzen, M.R., Gomes, W.B. & Gauer, G., 2015)

As Tecnologias da Informação e Comunicação/TICs encurtam as distâncias e otimizam o tempo, inclusive no *setting* terapêutico, permitindo uma atuação do profissional psicólogo para além do espaço físico (Ceroni, 2017). Essa nova forma de atendimento psicoterapêutico facilita o acesso à psicoterapia de pessoas que, por algum motivo estão impossibilitadas de se locomover até o local de atendimento do profissional, seja por dificuldades de locomoção, por estarem em regiões distantes, isoladas ou por qualquer outra questão (Pinto, 2002).

Logo, os atendimentos mediados por TICs contribuem para a ampliação de serviços públicos e privados de saúde, favorecendo o atendimento à distância quando há algum impedimento para a interação presencial em andamento e viabilizando o atendimento em localidades remotas (Viana, 2020).

Ainda, por meio das tecnologias de videoconferência, profissionais de saúde

podem beneficiar-se das trocas técnicas por meio de supervisões a distância e, dessa forma, integrar equipes para troca de experiências e melhoria das técnicas psicoterapêuticas e ferramentas digitais utilizadas. Tais benefícios foram possibilitados pelos dispositivos tecnológicos atuais que, viabilizando a interação ao vivo face a face, oferecem sustentação, continência e possibilidades para a transposição da experiência emocional em psicoterapia, não se restringindo apenas ao presencial, proporcionando aos psicólogos uma importante ferramenta para o desenvolvimento de sua prática profissional (Viana, 2020).

Com o advento da pandemia de Covid-19, em meados do ano de 2020, o atendimento *online* deixou de ser apenas uma opção entre os recursos de atendimento e passou a impor-se – por um período significativo – como única alternativa de continuidade de alguns serviços em saúde; entre eles, a psicoterapia (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2021).

Com isso, muitos profissionais que optaram até então por trabalhar exclusivamente em ambiente presencial precisaram migrar seu atendimento para esse contexto *online*. Segundo dados do censo realizado pelo CFP em 2022, o número de psicólogos cadastrados na plataforma e-psi já vinha crescendo exponencialmente, (718%) desde o momento em que a resolução de 2018 foi lançada. Em 2020 mais de cem mil psicólogos estavam cadastrados na plataforma (CFP, 2022). A questão que se coloca nesse momento é o quanto essa mudança alterou a qualidade do serviço prestado.

Atendimento Psicológico Online

O atendimento psicológico online não é uma mera transposição do que ocorre no atendimento presencial. Ele tem suas especificidades, pois a tecnologia e o próprio contexto em que se dá a interação mudam a forma de interagir.

São vários os fatores que tornam o atendimento online diferente do presencial. O primeiro deles refere-se a características do cliente, já que nem todo cliente domina a tecnologia necessária para as interações online ou apresenta o repertório mínimo para se beneficiar de uma interação online. Algumas dessas questões se devem a limitações pessoais do cliente, enquanto outras estão previstas na resolução do Código de Ética de psicologia; por exemplo, a Resolução nº 11/2018 do CFP aponta que é inadequado o atendimento psicológico virtual de pessoas e grupos em situação de urgência e emergência.

Também determina que é vedado o atendimento virtual a pessoas e grupos em situação de violação de direitos ou de violência. A prestação desse tipo de serviço deve ser exercida exclusivamente por profissionais e equipes de forma presencial. É salientado ainda que a prestação de serviços psicológicos por meio das tecnologias de informação e comunicação deverá respeitar as especificidades e adequação dos métodos e instrumentos utilizados em relação às pessoas com deficiência na forma da legislação vigente (CFP, 2022).

Além disso, apesar de todos os benefícios oferecidos por essa tecnologia, a literatura aponta variáveis que podem dificultar a psicoterapia online, tais como a dificuldade ou inabilidade (de qualquer um dos participantes) em lidar com a tecnologia, os riscos relacionados à segurança, caso os participantes não possuam um bom sistema de antivírus no equipamento utilizado, ou ainda problemas com a

estabilidade da chamada, caso a conexão com a internet não seja satisfatória (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2021).

Outras condições também são apontadas como possíveis limitadoras para que se estabeleça a terapia online: é necessário que o espaço físico onde o participante se encontra garanta o mínimo de privacidade; oscilações na conexão podem levar à perda ocasional do contato visual; no caso de atendimento por via comunicação assíncrona, eventuais atrasos nas respostas podem comprometer a qualidade do atendimento (Pieta & Gomes, 2014); problemas de segurança na conexão ou de espaço físico onde o participante se encontra podem comprometer a privacidade e a confidencialidade (Rodrigues, 2014); a interação se dá em um contexto de grande dependência da tecnologia, o que torna a situação mais vulnerável; em casos de emergência, há maior dificuldade para prover assistência (Magalhães et al., 2019).

Para além das dificuldades relacionadas ao processo terapêutico, Siegmund e Lisboa (2015) apontam que o contexto online é ainda recente como setting terapêutico no Brasil – e, portanto, há déficit de conteúdos voltados para o tema na formação acadêmica do psicólogo, que é treinado durante a graduação prioritariamente para a escuta na clínica tradicional, de forma presencial. Logo, é possível que haja uma inabilidade do profissional.

Por se tratar de um novo contexto de atendimento, que pode trazer mudanças na atuação da psicologia, o atendimento online exige estudos científicos. São necessários estudos que investiguem o impacto desse tipo de serviço, tanto sobre quem o recebe quanto sobre os profissionais prestadores de serviço (Viana, 2020).

Assim, para o aprimoramento da prática clínica, é de especial interesse investigar a qualidade e as variáveis da relação terapêutica que se estabelece nesse tipo de atendimento online em comparação com aquela que se dá no atendimento

presencial.

Aliança Terapêutica: uma variável da Relação Terapêutica

As interações sociais que se dão em nossa interação com as práticas culturais constituem parte importante do desenvolvimento de nosso repertório de comportamentos. A partir de relações operantes socialmente mediadas, repertórios sociais e verbais são selecionados, permitindo a nossa inserção na cultura (Holman et al., 2017). O comportamento verbal possibilita também o desenvolvimento do autoconhecimento, que consiste em aprender a responder verbalmente sob controle de aspectos de seu organismo e de seu próprio comportamento (Kovac, Zamignani e Avanzi, 2009).

É então a partir de nosso contato com as práticas culturais de nossa comunidade verbal que aprendemos a interagir verbalmente com os outros indivíduos e com nosso próprio mundo privado. A comunidade verbal modela o repertório descritivo de eventos públicos e privados, recorrendo a aspectos do ambiente que são compartilhados por falante e ouvinte e reforçando diferencialmente respostas descritivas de eventos do ambiente e do próprio comportamento público e privado.

O processo terapêutico, de certa forma, reproduz esses processos culturais por meio da interação terapeuta cliente, em que respostas verbais sobre os eventos e ações dos clientes são modeladas, aprimorando o autoconhecimento e proporcionando o autogerenciamento.

Geralmente, o ambiente do qual o cliente é proveniente, é permeado por punições e invalidação, o que gera sofrimento e leva à busca pela terapia. Desse

modo, a terapia surgiu enquanto prática cultural, desenvolvida no âmago da própria cultura que produz o sofrimento (Skinner, 1953; 1989), de modo a aliviar os efeitos colaterais do controle aversivo que permeia as práticas culturais das outras agências de controle existentes. Ao buscar as relações comportamentais que produzem sofrimento, o processo terapêutico proporciona reflexões, apoio emocional e estratégias terapêuticas que visam mudanças comportamentais (Fonseca, Santos e Freire, 2022).

Desse modo, é importante que o terapeuta se comporte de forma diferente do restante do ambiente de seu cliente, se configurando como uma audiência não punitiva (Skinner, 1953). Ao mesmo tempo, a relação terapêutica deve proporcionar a aprendizagem de padrões de comportamentos mais efetivos (Holman, 2017).

Há um consenso na literatura de pesquisa em psicoterapia (Pieta & Gomes, 2017; Norcross & Lambert, 2011) que a mudança clínica depende da relação terapêutica, caracterizando esta relação como uma das principais variáveis de mudança clínica (Abreu-Rodrigues & Ribeiro, 2005).

A relação terapêutica se dá num processo de determinação recíproca entre o comportamento do cliente e do terapeuta: da mesma forma que as ações do terapeuta podem proporcionar mudanças no comportamento do cliente, o terapeuta também é modificado nesta relação (Braga & Vandenberghe, 2006). A relação terapêutica é um processo dinâmico que tem início desde o primeiro contato com o cliente vai se transformando a cada sessão. Deve ser constituída por um relacionamento responsivo e colaborativo, que será a base para o desenvolvimento satisfatório de qualquer processo terapêutico (Fonseca, Santos e Freire, 2022).

Em síntese, a relação terapêutica consiste em um processo interpessoal, cujo entendimento exige a análise dos fatores que contribuem para a sua formação e

manutenção. Tais fatores envolvem, entre outros, as características do cliente e do terapeuta, o tipo de interação que se estabelece entre eles e o tipo de interação que se dá a cada momento da interação da díade (Coutinho & Ribeiro, 2009).

Um desses fatores que têm recebido atenção considerável da comunidade acadêmica é a Aliança Terapêutica (AT), que tem consistentemente demonstrado ser um preditor robusto de resultados, independentemente da modalidade de tratamento (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000).

Há diferentes denominações para se referir a essa ferramenta relacional entre terapeuta e cliente. Algumas delas são: aliança de trabalho (Bordin, 1979); relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 2001); aliança terapêutica (Freud, 1913/1996); interação terapêutica (Zamignani, 2007); relação de ajuda (Rogers, 1967); interação terapeuta-cliente (Brandão, 2000; Silveira & Kerbauy, 2000); e aspectos colaborativos (Norcross & Wampold, 2011). Apesar dessas diferenças entre abordagens e autores, há o consenso de que a relação que é criada e mantida entre terapeuta e cliente é um dos determinantes das mudanças clínicas (Abreu-Rodrigues & Ribeiro, 2005).

Desse modo, a AT se caracteriza como um fator comum às diferentes psicoterapias e fortemente associado à mudança do cliente, porém seu estudo ainda apresenta diferentes desafios (Sousa & Ribeiro, 2009), em parte decorrentes da diversidade de nomeações e de compreensões sobre esse processo.

Embora diferentes denominações possam referir-se a diferentes processos comportamentais, há processos centrais que são abarcados por todas elas, em especial o desenvolvimento de uma relação de respeito, afeto e colaboração entre terapeuta e cliente.

Independentemente de como a AT é caracterizada, Horvath & Bedi (2002) documentam, com evidências empíricas, uma relação moderada, mas robusta e

consistente entre a aliança terapêutica e o resultado dos tratamentos. Assim, a aliança terapêutica é uma das ferramentas que podem ser utilizadas para a modificação de padrões comportamentais que interferem no desenvolvimento de questões relacionadas ao sofrimento. Logo, a aliança terapêutica pode ser considerada um preditor de mudança no processo psicoterapêutico (Trettim, 2015).

O conceito de aliança terapêutica adotado neste estudo será o mesmo proposto pelo inventário *Working Alliance Inventory (WAI)*, no qual considera-se que a aliança é um aspecto da relação de ajuda, em que há uma relação colaborativa entre terapeuta e cliente; ou seja, são comportamentos observáveis que indicam um consenso e uma disposição de ambas as partes em se engajar e fazer o trabalho que têm por finalidade a melhoria, mas que não captura todos os aspectos da relação terapêutica (Hovarth, 2002). Sendo assim, a aliança terapêutica passa a ser uma das variáveis da complexa relação terapêutica.

Outro ponto importante a se destacar é que a aliança diz respeito à qualidade da parceria que se desenvolve ao longo do processo psicoterapêutico, configurando-se como uma variável dinâmica em tempo e conteúdo, ou seja, é um aspecto que muda ao longo do tempo, em termos dos elementos que a originaram de acordo com a relação estabelecida e mantida entre os agentes da relação terapêutica (Hovarth & Bedi, 2002).

Desse modo, tanto o terapeuta quanto o cliente contribuem para a constituição da aliança. A investigação, portanto, se dirige para o impacto da contribuição de cada uma das partes envolvidas no processo, como ocorrem essas contribuições e quais fatores referentes às características de cada membro da díade podem influenciar a qualidade da relação estabelecida entre eles e que melhor predizem o resultado terapêutico (Del Re et al., 2012; Santos et al., 2013).

Essa compreensão não poderia ser diferente para uma abordagem comportamental: a mudança comportamental se dá a partir das interações sociais que ocorrem na psicoterapia, constituídas por processos comportamentais. Assim, o vínculo estabelecido entre terapeuta e cliente pode ser um meio para facilitar outros aspectos importantes do processo de mudança, e aumentar o valor reforçador do terapeuta, levando a um maior engajamento na terapia. O mesmo vínculo é que permite a modelagem de comportamentos desejáveis, permitindo que parte importante do processo de mudança se dê no manejo de aspectos da própria interação terapêutica (Raue e Goldfried, 1994).

Diante disso, a relação terapêutica pode ser compreendida como um ambiente análogo ao contexto natural do cliente, no qual ele possa emitir comportamentos que estejam sendo punidos em seu ambiente natural e, a partir da interação com o terapeuta, seja possível o aprendizado de formas mais efetivas de resposta, sendo planejada a generalização para ambientes externos à terapia (Follette, Naugle e Callaghan, 1996; Kohlenberg e Tsai, 2001; Rosenfarb, 1992).

Com a compreensão da aliança terapêutica como importante preditor de mudanças e desfecho clínico, torna-se importante a sua avaliação para um desenvolvimento satisfatório do processo terapêutico, seja ele online ou presencial.

Um dos estudos que avaliou a literatura sobre a Aliança Terapêutica em psicoterapia por vídeo, online, foi desenvolvido por Singulane e Sartes (2017). No qual, constatou que os estudos relataram uma AT alta no decorrer das sessões, sendo possível compará-la com a AT estabelecida na terapia presencial.

Norwood et al (2018) realizaram uma revisão sistemática da literatura e duas metanálises nas quais encontraram evidências empíricas para mostrar que a terapia fornecida por vídeo, online, pode ser eficaz (Vogel et al., 2014) e tem resultados

comparáveis a um tratamento presencial (Dunstan & Tooth, 2012; Strachan, et al, 2012), inclusive com pesquisas sugerindo equivalência de aliança terapêutica estabelecida online e presencialmente (Simpson & Reid, 2014).

E ao utilizar o WAI como instrumento de avaliação da Aliança Terapêutica, Bouchard et al. (2004), Germain et al. (2009), Germain et al. (2010), Stefan & David (2013) e Stubbings et al. (2013) detectaram que a pontuação geral da AT não foi inferior na condição de terapia por vídeo, online, em comparação com a presencial.

Torres et al (2022), em uma pesquisa empírica, constataram que foi possível estabelecer a aliança e sua manutenção em atendimentos de psicoterapia online. Os autores destacam ainda que a aliança, em psicoterapia online, apresentou um curso dinâmico, variando ao longo das sessões, conforme também é verificado na psicoterapia presencial.

Em outro estudo, Sucala et al (2012) não identificaram diferenças na AT entre as sessões realizadas online ou presencial e apontaram uma associação entre o desenvolvimento e a manutenção de AT e os resultados efetivos em psicoterapia via internet.

Como avaliar e medir a Aliança Terapêutica

O estudo da aliança terapêutica ao longo dos anos foi desenvolvido por diversas abordagens da psicologia clínica, pois como citado anteriormente, é um constructo metateórico, que atravessa as diferentes abordagens. O constructo tem sido estudado principalmente a partir da linha de pesquisa de processo-resultado, que visa investigar os padrões de mudança que ocorrem na interação terapêutica e sua relação com os resultados alcançados.

Nessa linha de pesquisa, são estudadas as variáveis relevantes para a promoção de mudanças ao longo do processo psicoterápico, dentre elas a AT (Elliot, 2010; Kazdin, 2007; Klostermann, Mignone, Mahadeo & Papagni, 2019; Llewelyn, Macdonald & Aafjes-van Doorn, 2016; Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013).

Em uma metanálise, Maia et al.(2017) revisaram os instrumentos disponíveis na literatura para avaliar aspectos da aliança terapêutica, e foram encontrados os seguintes instrumentos: a California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS (Marmar et al., 1987), o Helping Alliance Questionnaire – Haq (Luborsky et al., 1983), a Vanderbilt Psychotherapy Process Scale – VPPS (Hartley e Strupp, 1983) e o Working Alliance Inventory – WAI (Horvath e Greenberg, 1989); a Empathic Understanding Scale of Relationship Inventory (EUS) (Barrett-Lennard, 1978); a Group Therapy Alliance Scale(GTAS) (Pinsof & Catherall, 1986); a Agnew Relationship Measure (ARM) (Agnew-Davies et al.,1998); Beziehungs-Muster Fragebogen (BEMUS) (Kurth, Pokorny, Korner & Geyer, 2002); o Inventário Cognitivo-Comportamental de Avaliação da Aliança Terapêutica (Araújo & Lopes, 2015).

Outro instrumento amplamente utilizado na literatura e que oferece um importante panorama sobre a relação terapêutica e a aliança terapêutica é o Session Evaluation Questionnaire (Stiles, 1980). Apesar de não medir diretamente a Aliança Terapêutica, esse instrumento permite avaliar o impacto da sessão e o humor pós-sessão de Terapeuta e Cliente (Ramos et. Al., 2019).

A utilização dessas escalas em investigações sobre a relação entre AT e efetividade da intervenção, em distintas abordagens psicoterápicas e até mesmo em estudos metateóricos, reafirma que a importância da Relação Terapêutica não está mais restrita à compreensão tácita do terapeuta, mas evidenciada em estudos empíricos (Pieta & Gomes, 2017).

No presente estudo, os instrumentos adotados para o estudo da AT foram o Working Alliance Inventory (WAI) e a Session Evaluation Questionnaire (SEQ). O primeiro, por ser um instrumento validado para a população brasileira (Ramos et al., 2019) e o segundo, por sua especificidade de avaliar os impactos da sessão sobre a díade como indicadores da AT.

O WAI analisa a aliança terapêutica e seus componentes: foco na tarefa, congruência com objetivos e percepção de vínculo. Caracteriza-se por ser uma escala com ampla validação internacional, inclusive na população brasileira (Serralta et al., 2020). É considerado um instrumento metateórico de avaliação da aliança terapêutica (Martin et al., 2000).

O instrumento é composto por três subescalas, com versões para cliente, terapeuta e observador, cada uma delas com 12 questões, avaliadas numa escala Likert de sete itens - de sempre a nunca (Bordin, 1979, 1983):

Objetivos se caracterizam pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados. o tem sua qualidade influenciada pela clareza e mutualidade no estabelecimento das metas;

Tarefa, diz respeito à concordância entre cliente e terapeuta com relação à definição de tarefas que serão atribuídas a cada um deles, considerando os objetivos é necessário que cliente e terapeuta definam em conjunto quais tarefas serão atribuídos a cada um deles a partir dos objetivos traçados;

Vínculo refere-se à conexão entre cliente e terapeuta, que se desenvolve na atividade compartilhada da terapia, especialmente com respeito à apreciação mútua e à aceitação positiva incondicional.

A Aliança Terapêutica, como medida geral, é calculada a partir da somatória geral das variáveis citadas anteriormente.

A escala SEQ foi desenvolvida para medir e comparar, independentemente, as percepções do cliente e do terapeuta sobre a sessão e seus respectivos sentimentos, ao término de cada sessão (Ramos et al.,2019). Neste instrumento, a percepção sobre as sessões é avaliada principalmente em duas dimensões: Profundidade (*depth*); e Suavidade (*smoothness*). Além dessas duas dimensões, dois fatores adicionais, relacionados ao humor pós-sessão, também são avaliados: Positividade (*positivity*) e Excitação (*arousal*) (Stiles, 1990). É uma escala que está em processo de validação com a população brasileira pelo Laboratório de Pesquisa de Processo-Resultado em Terapia Analítico-Comportamental (TACn1) do Centro Paradigma e tem validação internacional, em diversos outros estudos (Hafkenscheid, 2009; Stiles, Gordon, & Lani, 2002).

Ressalta-se que este instrumento é relevante no cenário internacional de pesquisa em processos de psicoterapia e há indicativos de que seu uso pode ser de interesse para estudos de processo em Terapia Analítico-Comportamental (Peron & Silveira, 2013; Zamignani & Meyer, 2011).

Este instrumento, constituído por 24 itens de diferencial semântico, permite medir duas dimensões da avaliação da sessão: a *Profundidade*, que engloba o seu poder e o seu valor e a *Suavidade*, que se refere ao conforto e à sensação de relaxamento (Stiles et al., 1994).

As outras duas dimensões, a *Positividade* e a *Excitação*, descrevem o humor do cliente e terapeuta imediatamente após sessão. A *Positividade* relaciona-se com os sentimentos de confiança e clareza, de felicidade e ausência de medo ou raiva após as sessões e a *Excitação* refere-se aos sentimentos de tranquilidade, de mudança e de calma que o cliente sente após a sessão (Stiles & Snow, 1984).

Stiles (1980) propôs uma tipologia 2x2 entre as dimensões Profundidade e

Suavidade, visto que são avaliações independentes, que têm sido utilizada para descrever as sessões terapêuticas em diversos estudos empíricos (Kivlighan et al., 2014):

- Tipo 1 – as sessões são superficiais e duras, e tanto os clientes como os terapeutas avaliam a sessão como negativa e tem sentimentos negativos em relação à mesma;
- Tipo 2 – as sessões são superficiais e suaves, os terapeutas sentem-se desapontados e aborrecidos e os clientes têm sentimentos positivos e ficam relaxados;
- Tipo 3 – as sessões são profundas e duras, os terapeutas avaliam a sessão positivamente e sentem-se competentes e curiosos, já os clientes podem sentir-se abalados ou vulneráveis;
- Tipo 4 – as sessões são suaves e profundas e, tanto os clientes como os terapeutas, avaliam as sessões de forma positiva e tem sentimentos positivos após elas.

Tanto o SEQ como o WAI são instrumentos importantes para a avaliação da AT, predição de resultados terapêuticos e autoconhecimento tanto para o cliente quanto para o terapeuta.

Objetivos

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da aliança terapêutica estabelecida em atendimentos online síncronos.

Como objetivos específicos, estão:

Avaliar a qualidade da aliança terapêutica nas sessões online por meio das escalas SEQ (Session Evaluation Questionnaire) e WAI (Working Alliance Inventory);

Comparar se há correspondência entre as avaliações das sessões entre os participantes (T e C) nas escalas e no decorrer das sessões;

Comparar se há alguma correlação entre as avaliações realizadas em ambos os instrumentos;

Comparar os dados obtidos nos atendimentos online com o padrão observado na literatura em estudos de atendimentos presenciais.

Método

O presente estudo é um desdobramento do estudo inicial “PESQUISA DE PROCESSO-RESULTADO EM PSICOTERAPIA: UM ESTUDO COMPUTACIONAL”, cadastrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE: 32025920.9.0000.5473.

Participantes

Foram participantes no estudo Terapeutas e Clientes, que constituíram as díades estudadas.

A inclusão dos participantes Clientes(C), tanto no presente estudo quanto no estudo inicial foi independente do motivo pelo qual a pessoa buscou a psicoterapia.

E a inclusão dos participantes Terapeutas(T) se deu por divulgação da pesquisa inicial em redes sociais, sites institucionais e redes de contato com profissionais psicólogos que demonstrassem interesse em se voluntariar para a pesquisa.

Foram critérios de exclusão indisponibilidade para aceitar que as sessões fossem gravadas em áudio e vídeo, ou para responder os questionários de escalas e inventários solicitados.

Características dos participantes

Foram participantes deste estudo:

Oito díades terapeuta-cliente, sendo estas descritas logo abaixo:

Díade 1 (T1-C1):

- Cliente C1: 28 anos, gênero masculino, ensino superior incompleto. Buscou

terapia “em decorrência do diagnóstico de depressão, questões relacionadas a planejamento e organização no âmbito profissional e familiar”(sic).

- Terapeuta T1: 49 anos, realizou 20 anos de psicoterapia pessoal, como paciente já teve experiência com Análise do Comportamento, Análise Junguiana, Existencial e Analítico-Comportamental. Tem 24 anos de experiência, não faz supervisão, tem como orientação psicoterápica a Análise do Comportamento.

Díade 2 (T2-C2):

- Cliente C2: 40 anos, gênero Masculino, Ensino Superior Incompleto. Buscou terapia por “Preciso de ajuda para escapar desta espiral decadente”(sic).
- Terapeuta T2: tem 61 anos, realizou 6 anos de psicoterapia pessoal, como paciente já teve experiência com Análise do Comportamento e Existencial. Tem 39 anos de experiência, não faz supervisão, e tem como orientação psicoterápica a Análise do Comportamento.

Díade 3 (T3-C3):

- Cliente C3: 27 anos, gênero feminino, Ensino Superior Incompleto. Buscou terapia por “Tenho me sentido sem ânimo, triste, não todos os dias, mas na maioria deles... ...com a pandemia e o home office me vi em casa com muito tempo livre pra pensar em coisas que não pensava antes por conta do dia a dia. Tenho me sentido angustiada” (sic). Não faz uso de medicação.
- Terapeuta T3: 26 anos, realizou ao todo 3 anos de psicoterapia pessoal. Como cliente, teve experiência com a Análise do Comportamento. Tem 4 anos de experiência, não faz supervisão, e tem como orientação psicoterápica a

Análise do Comportamento

As díades 4, 5 e 6 tiveram a mesma Terapeuta T4, será descrito inicialmente as características dela e depois das clientes correspondentes a cada díade com a Terapeuta.

- Terapeuta T4: 47 anos, realizou ao todo 12 anos de psicoterapia pessoal. Como cliente, teve experiência com a Análise do Comportamento e a fenomenologia. Tem 25 anos de experiência, tendo como orientação psicoterápica a Análise do Comportamento.

Díade 4 (T4-C4):

- Cliente C4: 39 anos, gênero feminino, Pós-graduada. Buscou terapia por diagnóstico de ansiedade. Faz uso de medicação.
- Terapeuta T4 (ver acima).

Díade 5 (T4-C5):

- Cliente C5: 40 anos, gênero Feminino, Ensino Superior. Buscou terapia por “diagnóstico de depressão, desadaptação social, pensamento suicida”(sic). Faz uso de medicação.
- Terapeuta T4 (ver acima).

Díade 6(T4-C6):

- Cliente C6: 33 anos, gênero Masculino, Ensino Superior Completo. Buscou terapia “após um período de tratamento psiquiátrico com quadro de ansiedade. Busco compreender melhor porque me comporto diante de algumas situações, principalmente envolvendo expectativas profissionais e pessoais, relações interpessoais e dilemas familiares”(sic). Não faz uso de medicação.

- Terapeuta T4 (ver acima).

Díade 7(T5-C7):

- Cliente C7: 20 anos, gênero Feminino, ensino Superior Incompleto. Busca por terapia por questões relacionadas a: "lidar melhor com problemas familiares, amenizar as dores" (sic), não faz uso de medicação.
- Terapeuta T5: 25 anos, realizou ao todo 5 anos de psicoterapia pessoal. Como cliente, teve experiência com a Análise do Comportamento e Fenomenologia. Tem 3 anos de experiência como terapeuta e tem como orientação psicoterápica a Análise do Comportamento.

Díade 8(T6-C8):

- Cliente C8: 28 anos, gênero masculino, pós-graduado. Buscou terapia por "Ansiedade, problemas com trabalho e vida pessoal", faz uso de medicação.
- Terapeuta T6: é psicóloga, tem 45 anos. Realizou, ao todo, 10 anos de psicoterapia pessoal, Como cliente, teve experiência com Análise do Comportamento, Psicanálise, TCC. Tem 20 anos de experiência como terapeuta e tem como orientação psicoterápica a Análise do Comportamento.

Todos os participantes Terapeutas são psicólogos, com formação em psicologia e registro no Conselho Federal de Psicologia.

Procedimentos de Amostragem

Os dados foram coletados em sessões online, nas quais estavam presentes apenas o terapeuta e cliente respectivos de cada díade.

O terapeuta e o cliente de todas as díades assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que consta do Apêndice 1 e Apêndice 2, respectivamente.

Material e Equipamentos

Foram utilizados equipamentos eletrônicos pelos terapeutas (e.g., computadores, notebooks, smartphone, tablet) com acesso à internet para a realização das sessões psicoterápicas online e que tivessem instalado os softwares Microsoft Word e Excel. Foram utilizados pelos clientes os mesmos tipos de equipamentos eletrônicos com acesso à internet para a realização das sessões psicoterápicas online, sem a necessidade de que houvesse outros aplicativos instalados.

Protocolo de Coleta de Dados

A coleta de dados consistiu em gravações dos atendimentos online, por meio das plataformas Zoom® ou Google Meeting®, que foram realizadas pelo(a) próprio(a) terapeuta responsável por cada caso.

Clientes e Terapeutas receberam um manual com informações detalhadas sobre como seriam realizadas as gravações (Apêndice 6 e 7, respectivamente).

Ao final de cada sessão, tanto terapeuta quanto cliente, respondiam aos questionários WAI e o SEQ, que eram apresentados por meio virtual, via Google forms®, com a instrução de focar especificamente na sessão que acabara de ocorrer.

Instrumentos

Escala Working Alliance Inventory (WAI), de Horvath e Greenberg (1989): foi

traduzida e adaptada para a população brasileira por Serralta, et. al(2020). Foram utilizadas as versões “curtas” para Cliente (WAI Short Revised Cliente - Apêndice 4) e Terapeuta (WAI Short Revised para Terapeuta - apêndice 5). O instrumento, autoaplicável, é composto por 12 itens com o objetivo de avaliar a aliança terapêutica através de três dimensões: objetivos, tarefas e vínculo. Os escores de cada dimensão e o escore total são obtidos através da somatória das classificações obtidas através de uma escala tipo “likert”, de 1 a 7 pontos. O escore total de aliança é medido com a somatória das 3 dimensões.

Escala Session Evaluation Questionnaire (SEQ): Foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Ramos et al (2019) e ainda se encontra em processo de finalização. O instrumento objetiva medir e comparar, independentemente, as percepções do cliente e do terapeuta sobre a sessão e sobre os sentimentos de cada um, ao término da sessão. A percepção sobre as sessões é avaliada principalmente em duas dimensões: profundidade (depth) e suavidade (smoothness). Além dessas duas dimensões, são avaliados dois fatores relacionados ao humor pós-sessão: positividade (positivity) e excitação (arousal). O SEQ é composto por 21 itens em formato “likert” de 1 a 7 pontos, com escolhas entre pares de adjetivos. Uma pontuação para cada uma das dimensões é calculada como a média das classificações dos itens constituintes, em vez da soma das classificações dos itens. Consequentemente, as pontuações das dimensões estão na mesma escala de 7 pontos que os itens individuais, facilitando a interpretação. O ponto médio de cada escala SEQ é 4,00, e o intervalo possível (por exemplo, da Superfície máxima à Profundidade máxima) é de 1,00 a 7,00. A mesma versão da escala foi utilizada para terapeuta e cliente (apêndice 6).

Foram utilizados registros dos instrumentos WAI e SEQ de 203 sessões

terapêuticas. Esses registros foram coletados previamente para o projeto de pesquisa: “Pesquisa de processo-resultado em psicoterapia: um estudo computacional”, do qual o presente estudo é um desdobramento. São instrumentos de autopreenchimento amplamente estudados e com propriedades psicométricas bem estabelecidas para mensurar o desfecho e a qualidade da aliança terapêutica.

Após a coleta, as sessões foram encaminhadas aos Pesquisadores voluntários do Laboratório em pesquisa TACn1. E foram repassados para a pesquisadora os dados das escalas e inventários, que foram preenchidos por terapeutas e clientes. Então, a pesquisadora tabulou e analisou os dados dos instrumentos WAI e SEQ de todas as sessões que tiveram esse dado registrado.

Mascaramento

As informações que os clientes e terapeutas receberam sobre as escalas é de que elas seriam de autopreenchimento e que ajudariam os pesquisadores a mensurarem o desfecho do tratamento e a aliança que cliente e psicoterapeuta desenvolveram.

Há a possibilidade de que os terapeutas pudessem já conhecer os instrumentos, visto que são de amplo uso em contexto clínico, porém conhecê-los não os torna inefetivos ou afeta o resultado do estudo.

Delineamento

O presente estudo tem como variável dependente a Aliança Terapêutica, a qual a pesquisadora mediu em busca dos efeitos da Variável Independente que é o Atendimento Psicológico Online. É uma pesquisa observacional, sem manipulação experimental, com comparações entre sujeitos.

Apesar de ter havido uma única condição sob a qual o efeito da VI foi observado, pode-se considerar cada sessão como uma unidade para a comparação de seu efeito sobre a VD, uma vez que os instrumentos foram mensurados sessão a sessão. Cada sessão, portanto, teve os seus dados únicos e comparados com as outras sessões da mesma díade.

Estratégia Analítica

Foi realizada uma análise dos índices da escala WAI intradíade, ou seja, em cada díade separadamente sessão a sessão comparativamente os dados de Terapeuta e Cliente, e ao longo do processo; e entre díades – comparação entre uma díade e outra. Isso foi realizado com a escala SEQ: uma análise intradíade ao longo do processo e entre díades. Logo depois, foram comparados os dados de WAI e SEQ em cada díade.

Os dados obtidos foram comparados a dados apresentados em estudos publicados de relação terapêutica em atendimento presencial que utilizaram as mesmas escalas. Foram realizadas também análises sequenciais, em busca de se identificar padrões de interação relevantes no processo. Caso seja possível identificar tais padrões, pretende-se considerar suas implicações na construção e manutenção da relação terapêutica e para o treino de terapeutas com o desenvolvimento de interações mais efetivas. Análises qualitativas também foram conduzidas, visto que o conteúdo das sessões indicou fatores de interesse que serão apresentados na seção de resultados e discussão.

O inventário WAI, como citado anteriormente, é composto pelos dados de 3 variáveis: objetivo, vínculo e tarefa, que quando somados dão o resultado da Aliança

percebida em cada sessão, tanto pelo terapeuta quanto pelo cliente. Já a escala SEQ tem o seu cálculo específico para a produção de 4 variáveis: excitação, suavidade, profundidade e positividade, para ambos os participantes.

É importante destacar essa diferença entre os dois instrumentos porque cada um irá produzir dados diferentes. Objetiva-se assim avaliar como ocorre a aliança terapêutica nas sessões online, por esta razão, optou-se por analisar o dado de Aliança de WAI e os dados das variáveis isoladamente de SEQ visto que esta escala não tem dado geral de aliança.

Para averiguar os resultados oriundos dos instrumentos SEQ e WAI em cada díade, estruturou-se a análise de dados nas seguintes etapas: 1) levantamento de análises descritivas das variáveis de cada escala; e 2) comparação de grupos por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney (Mann & Whitney, 1947). Na primeira etapa, além de utilizar-se dos escores brutos, foram levantadas as médias, medianas e desvio padrão de cada variável, com o intuito de verificá-las em cada participante da díade ao longo do tempo.

Na segunda etapa, por sua vez, foi realizada a análise de Mann-Whitney (Teste U) com o intuito de comparar as medianas entre os participantes das díades, i.e., terapeutas e clientes. Dado o pequeno tamanho amostral e a quantidade de sessões (variaram entre 9 a 31 por díade), foi utilizado o teste não paramétrico citado.

Este teste tem como objetivo realizar a comparação entre dois grupos não pareados perante uma mesma variável, não exigindo que os dados sejam distribuídos com normalidade e que a amostra seja superior a 30 (McKnight & Najab, 2010; Mann & Whitney, 1947). Desse modo, o Teste U é o correspondente ao teste paramétrico t de Student de amostras independentes (McKnight & Najab, 2010). Para ambas as etapas, foi utilizado o *software* IBM SPSS.

Resultados e discussão

Ao serem comparados os dados de aliança de Terapeuta e Cliente, utilizando a escala WAI, foram utilizadas apenas as sessões em que os dados de ambos os participantes foram disponibilizados. Mas, em relação aos dados de SEQ, uma vez que ela foi introduzida mais tarde no estudo e há menos sessões em que ela tenha sido aplicada, foram utilizadas todas as sessões que tinham os dados disponíveis, independentemente de serem sessões em que os dois participantes haviam respondido a escala ou apenas um deles.

A Tabela 1 apresenta a quantidade de registros de sessões utilizadas de cada participante, cliente e terapeuta, dos dois instrumentos, SEQ e WAI.

Tabela 1

Quantidade de sessões com os dados de WAI e SEQ por díade

Quantidade de sessões por díade com os dados	Clientes		Terapeutas	
	WAI	SEQ	WAI	SEQ
Díade 1 (T1/C1)	21	12	18	07
Díade 2 (T2/C2)	15	10	18	10
Díade 3 (T3/C3)	10	07	12	07
Díade 4 (T4/C4)	25	20	26	19
Díade 5 (T4/C5)	36	31	39	29
Díade 6 (T4/C6)	30	30	30	30
Díade 7 (T5/C7)	14	11	14	10
Díade 8 (T6/C8)	18	14	14	10
Total	169	135	171	122

Nota: valores com quantidades de sessões coletadas e utilizadas no presente estudo dos instrumentos WAI e SEQ tanto de Terapeutas quanto de clientes.

A seguir, serão apresentados os dados de cada díade, comparando os resultados de terapeuta e cliente. Optou-se por uma análise intradíade, pois o dado a ser destacado é a Aliança Terapêutica, que não pode ser comparada entre díades

diferentes por ser um dado sensível a cada processo terapêutico. Os dados de SEQ apresentados nas díades são dados de média de todas as sessões registradas e os dados de WAI apresentados nas díades são dados de somatório geral em cada uma das sessões, contabilizando o valor de Aliança.

Também serão apresentados nas figuras em cada díade os dados de sessões de WAI, de terapeuta e cliente, durante todo o processo terapêutico para observação e análise descritiva de como a AT ocorreu.

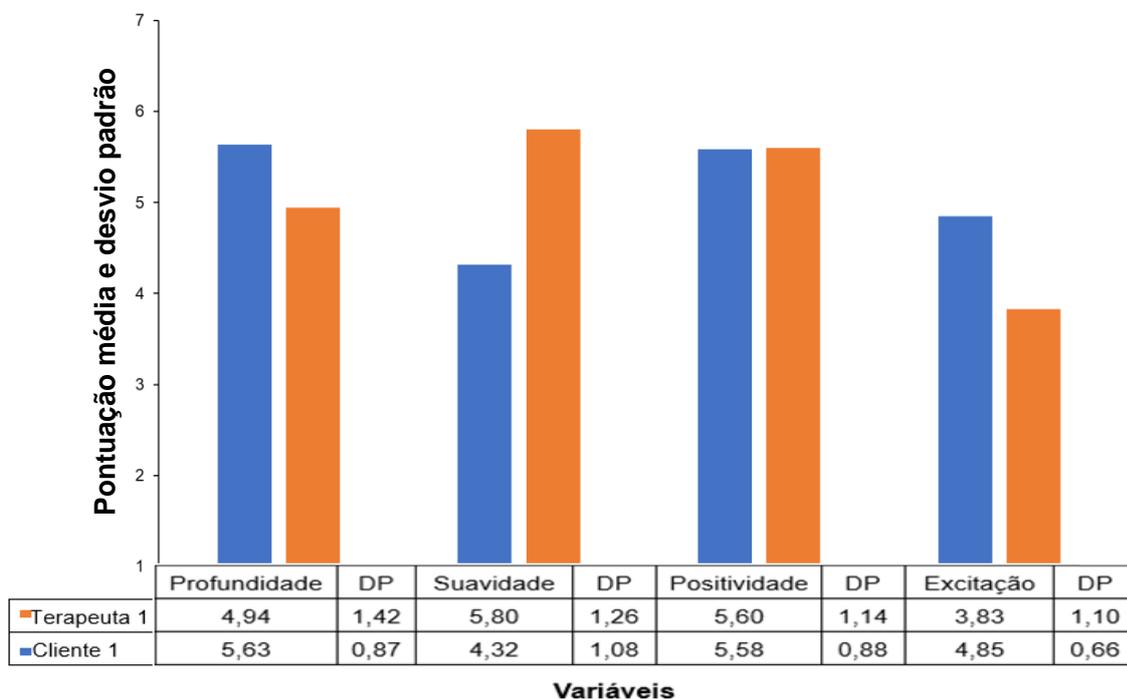
Díade 1 (T1-C1)

Os dados referentes à Díade 1, a partir do instrumento SEQ podem ser verificados na Figura 1. Observa-se que o cliente obteve maior média em Profundidade e menor em Suavidade. A dimensão Suavidade, por sua vez, foi aquela que indicou maior média para o terapeuta, sendo a Excitação a com menor média. Já para T1 foi observado maior média na dimensão Suavidade, enquanto em excitação foi observada uma menor média.

O instrumento permite ainda analisar a tipologia das sessões e sua possível relação com a aliança. Profundidade e suavidade são as duas dimensões principais de percepção sobre as sessões, enquanto positividade e excitação são fatores adicionais relacionados ao humor pós sessão (Stiles, 2002). Na dimensão Profundidade, as sessões serão avaliadas como profundas quando o escore for igual ou maior que quatro e superficiais quando ele for menor que 4,0. Na dimensão Suavidade, as sessões serão avaliadas como suaves quando o escore for igual ou superior a quatro e duras quando ele for menor que 4,0.

Figura 1

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 1 (T1-C1).*



Nota: *Resultados obtidos de 12 sessões de C1 e 07 sessões de T1

Nota-se na Figura 1 que, tanto para o cliente quanto para o terapeuta, as sessões foram profundas (>4) e suaves (>4), o que corresponde ao tipo 4 nas sessões de SEQ. Contudo, as sessões foram mais profundas para o cliente do que para o terapeuta e mais suaves para o terapeuta do que para o cliente.

Com relação ao humor pós-sessão, as sessões foram consideradas positivas para ambos os participantes, enquanto na dimensão excitação, o escore do terapeuta foi levemente inferior a 4,0. Nota-se que as avaliações do terapeuta, em praticamente todas as dimensões tendem a ser mais baixas que as do cliente.

Tabela 2

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 1 (T1-C1) a partir do instrumento WAI.

Díade 1 (T1-C1)	Análises descritivas	
		<i>M</i>
Cliente 1*	<i>DP</i>	10,68
	<i>Md</i>	31,00
	<i>M</i>	30,50
Terapeuta 1**	<i>DP</i>	1,01
	<i>Md</i>	30,00

Nota: *Resultados obtidos de 21 sessões – Cliente 1 e 18 sessões – Terapeuta 1

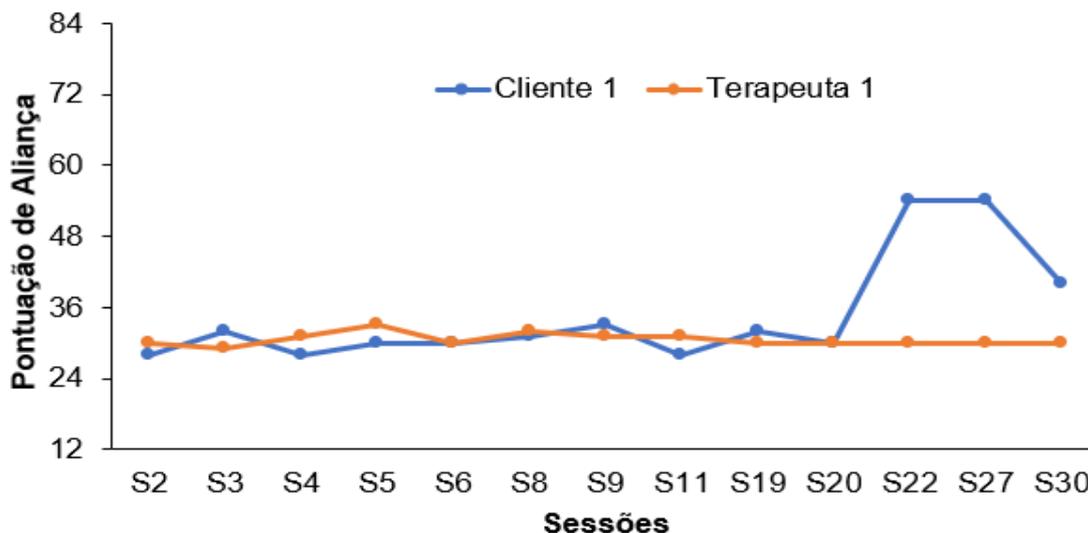
M = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

Conforme pode ser verificado na Tabela 2, o cliente da primeira díade obteve maior média, desvio padrão e mediana do que o terapeuta em relação a variável de Aliança de WAI. Apesar dessa diferença, a análise de Mann-Whitney, que tem como objetivo comparar as medianas entre T1 e C1, indicou que as diferenças entre as medianas de ambos os participantes não foram estatisticamente significativas ($U = 71.500$; $p > 0,05$). O desvio padrão de Cliente mostra maior variabilidade no padrão de resposta à escala que Terapeuta, cujo responder se mantém mais estável ao longo do processo.

Conforme pode ser verificado na Figura 2, os dados de Cliente e Terapeuta se mantêm bastante semelhantes da sessão 2 (S2) até a sessão 20 (S20), a partir do que os dados de cliente mostram um salto significativo, sugerindo melhor aliança percebida por Cliente do que por Terapeuta.

Figura 2

Pontuação de escore total de Aliança da díade 1 (T1-C1) a partir do instrumento WAI*



Nota: *Resultados obtidos de Aliança de WAI de T1 e C1 em cada sessão, com 13 sessões.

É interessante notar que essa mudança nos dados obtidos pelo instrumento WAI a partir da 22ª sessão acompanha a melhora na avaliação detectada pelo instrumento SEQ, o que sugere que os instrumentos sejam sensíveis a propriedades semelhantes da relação terapêutica.

Díade 2 (T2-C2)

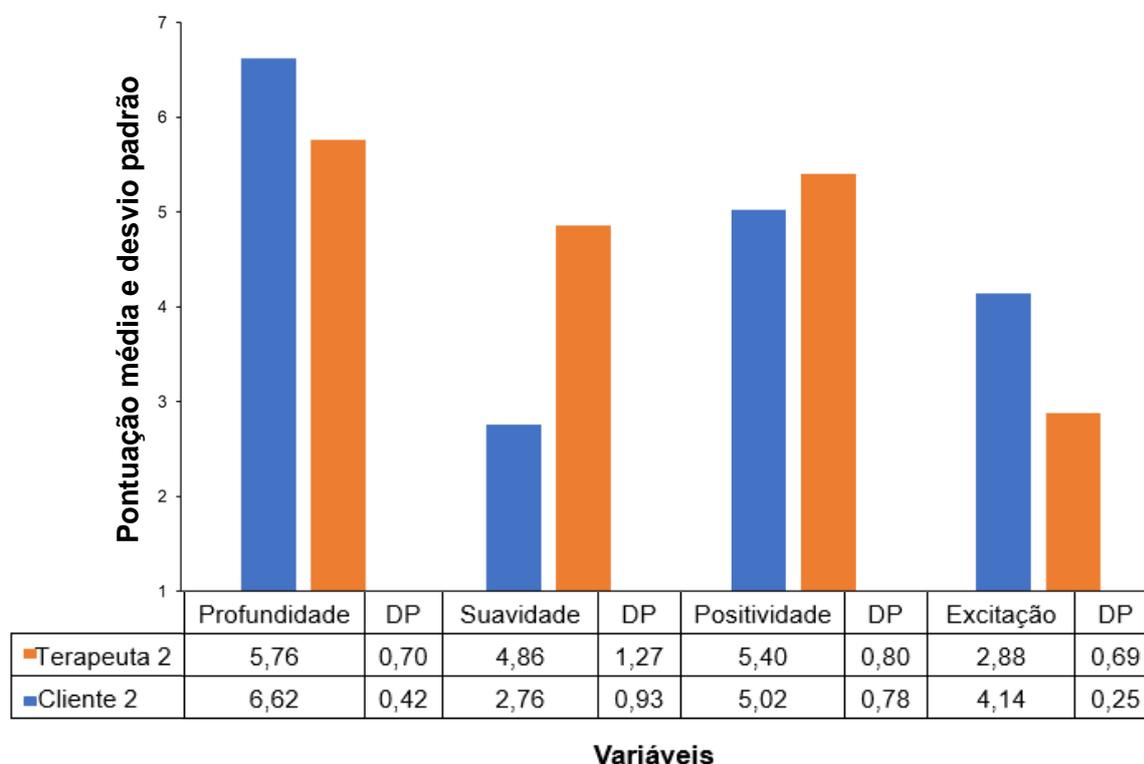
Os dados referentes à segunda díade a partir do instrumento SEQ constam na Figura 3. A maior média verificada para o C2 foi na dimensão Profundidade e a menor foi em Suavidade. O T2 obteve maior média em Profundidade, sendo, por outro lado, a Excitação a dimensão com menor média.

Nota-se na Figura 3 que o Cliente 2 apresentou avaliação superior ao Terapeuta 2 nas dimensões de profundidade e excitação, enquanto nas dimensões

de suavidade e positividade ele mostra menor escore, com especial destaque para a dimensão suavidade (cerca de dois pontos de diferença). Na dimensão suavidade, é maior o desvio padrão de Terapeuta, indicando que para este as sessões alternaram entre sessões suaves e duras, enquanto C2 tende a avaliar as sessões como duras. Enquanto Cliente 2 experimentou as sessões como profundas e duras Terapeuta as avaliou como profundas e Suaves.

Figura 3

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 2 (T2-C2).*



Nota: *Resultados obtidos de 10 sessões de C2 e 10 sessões de T2

A Figura 3 aponta que as sessões foram consideradas para ambos bastante profundas e foram se tornando gradualmente menos suaves (mais duras). Sessões vivenciadas por clientes como profundas e duras são caracterizadas por Stiles (1980) como sessões do Tipo 03, nas quais o tema é tratado em profundidade, no entanto o

cliente pode sentir-se abalado ou vulnerável.

Entende-se que o papel do psicólogo seja proporcionar ao cliente um ambiente acolhedor, com a menor quantidade possível de estimulação aversiva. Uma das hipóteses para esse dado é que tenha havido algum grau de aversividade nas interações dessa díade, seja pelo conteúdo abordado, seja pela ausência de algum tipo de verbalização por parte do terapeuta que possa indicar acolhimento ou cuidado, seja por uma maior sensibilidade do cliente ao tema ou à modalidade de intervenção adotada. Mais uma vez, uma análise qualitativa do conteúdo das verbalizações poderia contribuir para a compreensão desses fatores.

Tabela 3

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 2 (T2-C2) a partir do instrumento WAI.

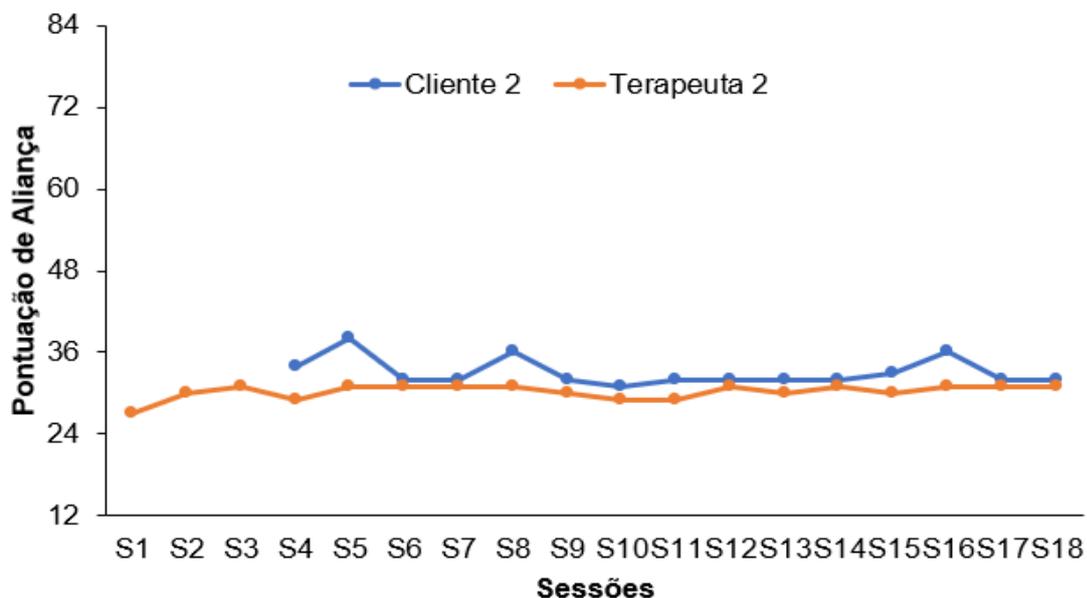
Díade 2 (T2-C2)	Análises descritivas	
Cliente 2*	<i>M</i>	33,07
	<i>DP</i>	1,95
	<i>Md</i>	32
Terapeuta 2**	<i>M</i>	30,22
	<i>DP</i>	1,08
	<i>Md</i>	31

Nota: *Resultados obtidos de 15 sessões – Cliente 2 **Resultados obtidos de 18 sessões – Terapeuta 2 *M* = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

A Tabela 3 mostra os dados referentes à variável Aliança Terapêutica da Díade 2, medidos pelo instrumento WAI. O cliente obteve maior média e mediana do que o terapeuta. Este resultado foi corroborado pela análise de Mann-Whitney, a qual apresentou diferença estatisticamente significativa na Aliança do terapeuta e do cliente ($U = 4.500$; $p > 0,001$).

Figura 4

*Pontuação de escore total de Aliança da díade 2 (T2-C2) a partir do instrumento WAI**



Nota: *Resultados obtidos de Aliança de WAI de C2 e T2 em cada sessão, com 18 sessões

O desvio padrão indica a oscilação dos dados ao longo do tempo, quando ele é muito grande, a mediana fica distante da média. Essa característica é devida aos dados não serem paramétricos, ou seja, dados para amostras pequenas, a comparação que é feita nesse recurso estatístico é de medianas, não poderia ser de médias porque a amostra é pequena (Dancey & Reydi, 2019). Entende-se que o desvio padrão é maior do cliente (ver tabela 3), demonstrando que houve possivelmente uma maior estabilidade na avaliação do terapeuta e menor para o cliente.

Percebe-se na Figura 4 que, ao longo do processo, o terapeuta manteve seu escore de aliança estável, enquanto o cliente apresentou pequenas alterações. Cliente e terapeuta parecem perceber poucas mudanças na aliança terapêutica, indicando uma estabilidade no processo. É importante destacar ainda que, ao contrário da Díade 1, não se percebe (visualmente) nenhum tipo consistência nas

oscilações dos escores dos instrumentos SEQ e WAI ao longo do processo. No entanto, a partir da comparação entre ambos os instrumentos, em que o WAI aponta uma medida estável de Aliança ao longo do processo por ambos (onde avaliação do cliente é superior à do terapeuta), pode-se inferir que, para essa dupla, a Suavidade não tenha sido o principal indicador para a constituição de uma boa aliança terapêutica, enquanto Profundidade e Positividade parecem ter sido.

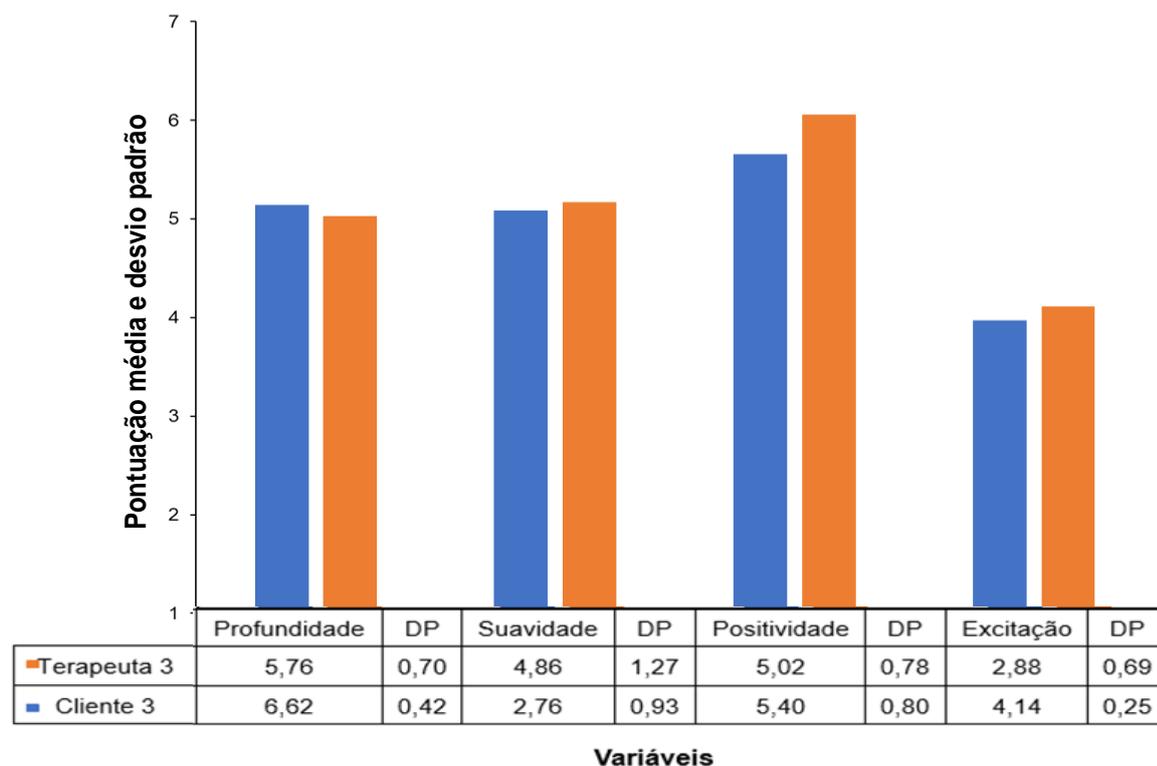
Díade 3 (T3-C3)

As análises descritivas realizadas sobre as variáveis da SEQ encontram-se disponíveis na Figura 5. Ambos os membros desta díade, C3 e T3, apresentaram escore acima de 5 nas Dimensões Profundidade, Suavidade, com maior presença na variável Positividade e escore próximo de 4,0 na dimensão Excitação.

Vale destacar a avaliação positiva de Profundidade e Suavidade (>4), o que caracteriza sessões do tipo 4, em que os participantes avaliam as sessões de forma positiva e tem sentimentos positivos ao final. Já a dimensão Excitação teve escores mais baixos. Os valores próximos dos escores de terapeuta e cliente podem sugerir estabilidade na aliança terapêutica e congruência entre as avaliações acerca do processo de ambos os participantes. C3 e T3 apresentaram escores bastante semelhantes em todas as Dimensões.

Figura 5

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 3 (T3-C3)*.



Nota: *Resultados obtidos de 07 sessões de C3 e T3

A Tabela 4 abaixo apresenta os dados referentes à Aliança Terapêutica, medida pelo instrumento WAI. Nota-se que C3 apresentou maior média e mediana em comparação a T3. A análise de Mann-Whitney indicou diferença estatisticamente significativa dos resultados da WAI entre T3 e C3 ($U=1.000$; $p>0.001$). Por outro lado, T3 apresentou resultados com maior desvio padrão, o que indica maior oscilação nessa medida ao longo das sessões.

Tabela 4

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 3 (T3-C3) a partir do instrumento WAI.

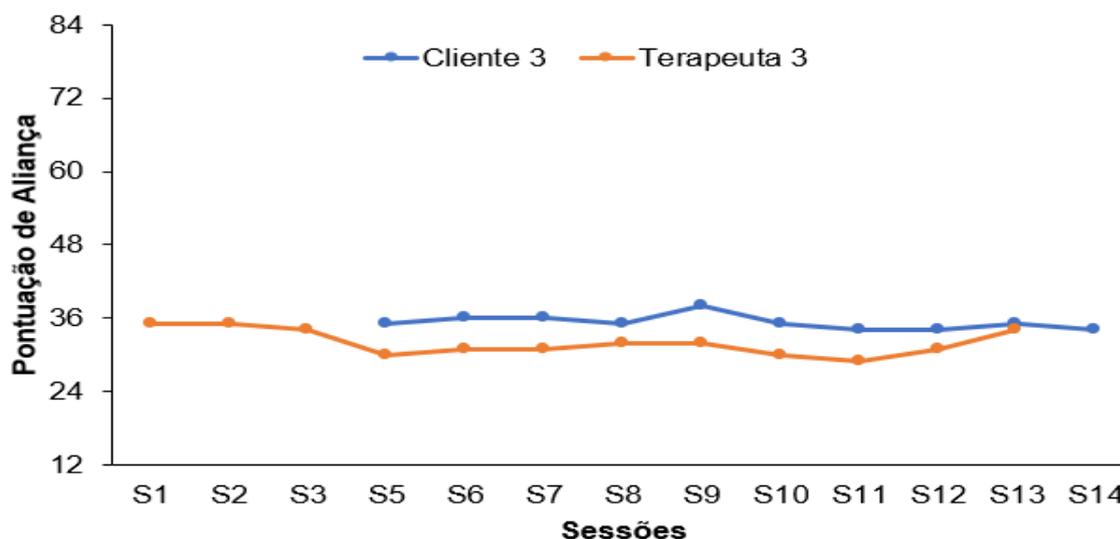
Díade (T3-C3)	Análises descritivas	
Cliente 3*	<i>M</i>	35,20
	<i>DP</i>	1,17
	<i>Md</i>	35,00
Terapeuta 3**	<i>M</i>	32,00
	<i>DP</i>	1,96
	<i>Md</i>	31,5

Nota: *Resultados obtidos de 10 sessões de Cliente 3 e 12 sessões de Terapeuta 3
M = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

A figura 6 descreve os resultados de WAI da díade 3 ao longo de 14 sessões. Nota-se que os escores dessa díade se mantiveram razoavelmente estáveis ao longo de todo o processo.

Figura 6

*Pontuação de escore total de Aliança da díade 3 (T3-C3) a partir do instrumento WAI**



Nota: *Resultados obtidos de Aliança de WAI, em cada sessão, de 12 sessões de T3 e 10 sessões de C3

A partir da Sessão 9 há uma leve tendência de queda nos escores do Cliente e a partir da 11, uma leve tendência de crescimento nos escores do Terapeuta, até

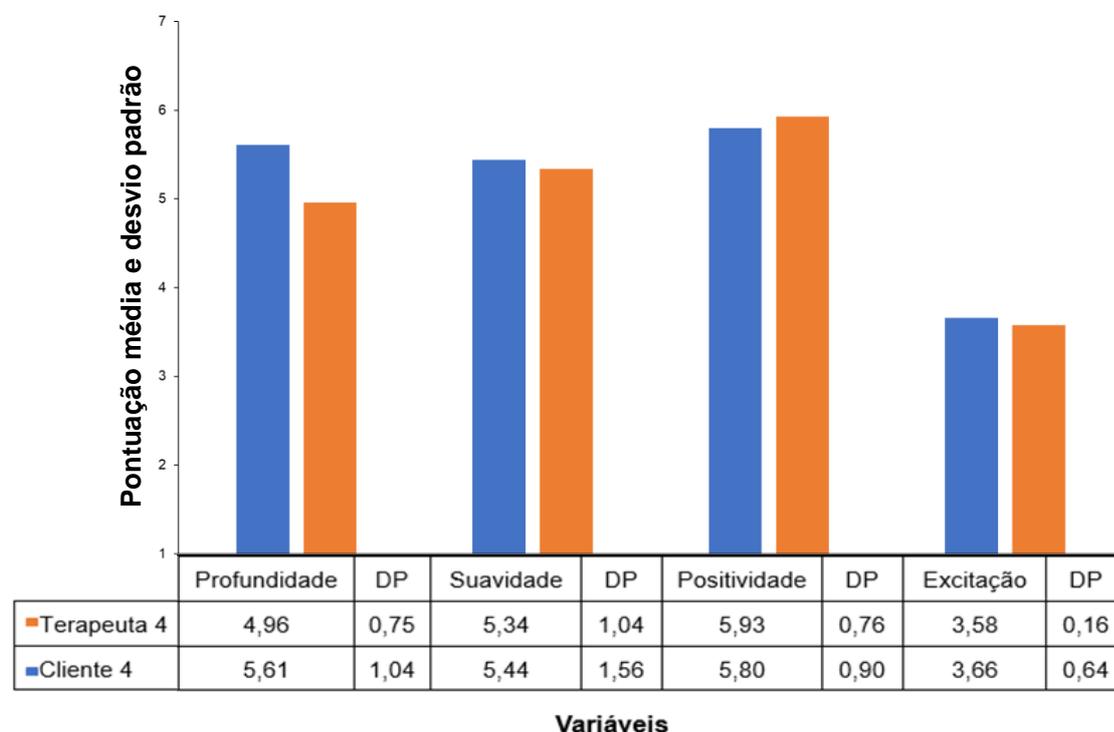
que na sessão 13 o escore de ambos coincide. A impossibilidade de continuação da coleta não permitiu verificar se essa tendência levaria a uma mudança no padrão de interação.

Díade 4 (T4-C4)

A Figura 7 apresenta os escores médios da Díade 4 com relação ao instrumento SEQ. Nota-se que o escore médio dos participantes é muito semelhante em todas as dimensões, com pequena diferença (menos de 1,0 pontos) na Dimensão Profundidade, que teve menor avaliação pelo Terapeuta.

Figura 7

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 4 (T4-C4).*



Nota: *Resultados obtidos de 20 sessões de C4 e 19 sessões de T4

Ambos apresentaram como maior média a dimensão Positividade e a menor em Excitação. Os altos escores em Positividade estão relacionados, de acordo com Stiles (1980) a sentimentos de confiança e clareza, de felicidade e ausência de medo ou raiva após as sessões. Ambos percebem as sessões como Profundas, Suaves e Positivas. Caracterizando-as como sessões do tipo 4, nas quais ambos estão avaliando-as positivamente.

Tabela 5

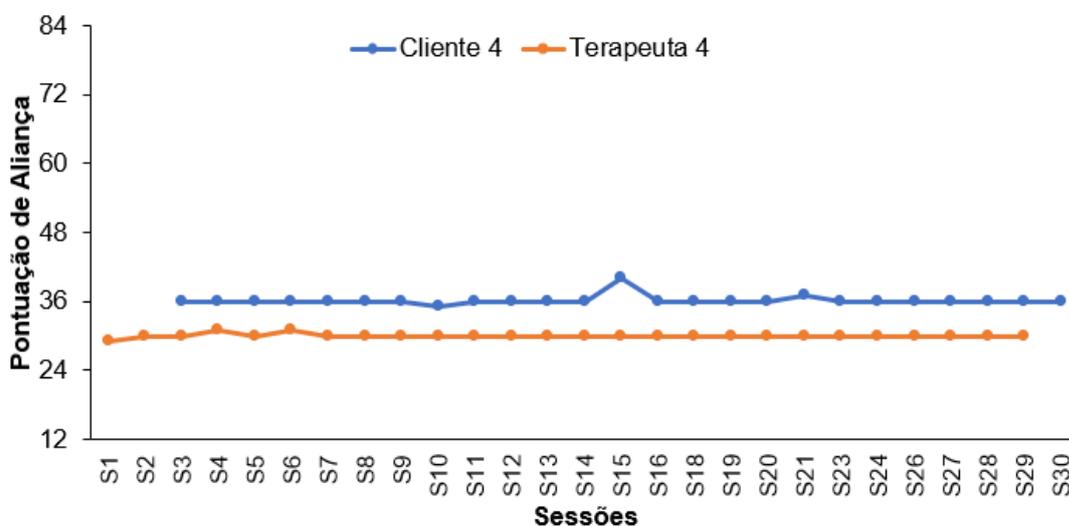
*Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 4 (T4-C4) a partir do instrumento WAI. **

Díade 4 (T4-C4)	Análises descritivas	
Cliente 4*	<i>M</i>	36,16
	<i>DP</i>	0,83
	<i>Md</i>	36,00
Terapeuta 4**	<i>M</i>	30,04
	<i>DP</i>	0,34
	<i>Md</i>	30,00

Nota: *Resultados obtidos de 24 sessões – Cliente 4. **Resultados obtidos de 26 sessões – Terapeuta 4. *M* = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

Figura 8

*Pontuação de escore total de Aliança da díade 4 (T4-C4) a partir do instrumento WAI**



Nota: *Resultados obtidos de 26 sessões de T4 e 25 sessões de C4.

No que diz respeito à Aliança, avaliada pelo instrumento WAI, foi possível verificar que cliente, assim como nos casos anteriores, obteve maior média, mediana e desvio padrão do que o terapeuta (ver Tabela 5). Essa diferença de Aliança entre o terapeuta e o cliente foi confirmada por meio da análise de Mann-Whitney, que indicou uma diferença estatisticamente significativa ($U = 2.000$; $p > 0,01$).

A Figura 8 acima aponta o dado de aliança percebida maior por Cliente do que por Terapeuta durante toda a coleta. Os dados de aliança de Terapeuta e Cliente permaneceram estáveis ao longo do processo. Em S15 nota-se um aumento nos escores de C4 na variável Aliança, é possível que Terapeuta tenha desenvolvido algum manejo mais significativo que tenha feito com que Cliente avalie a aliança melhor do que nas outras sessões. Para confirmar tal dado, seriam necessárias as categorizações dos comportamentos de Cliente e Terapeuta nesta sessão (S15).

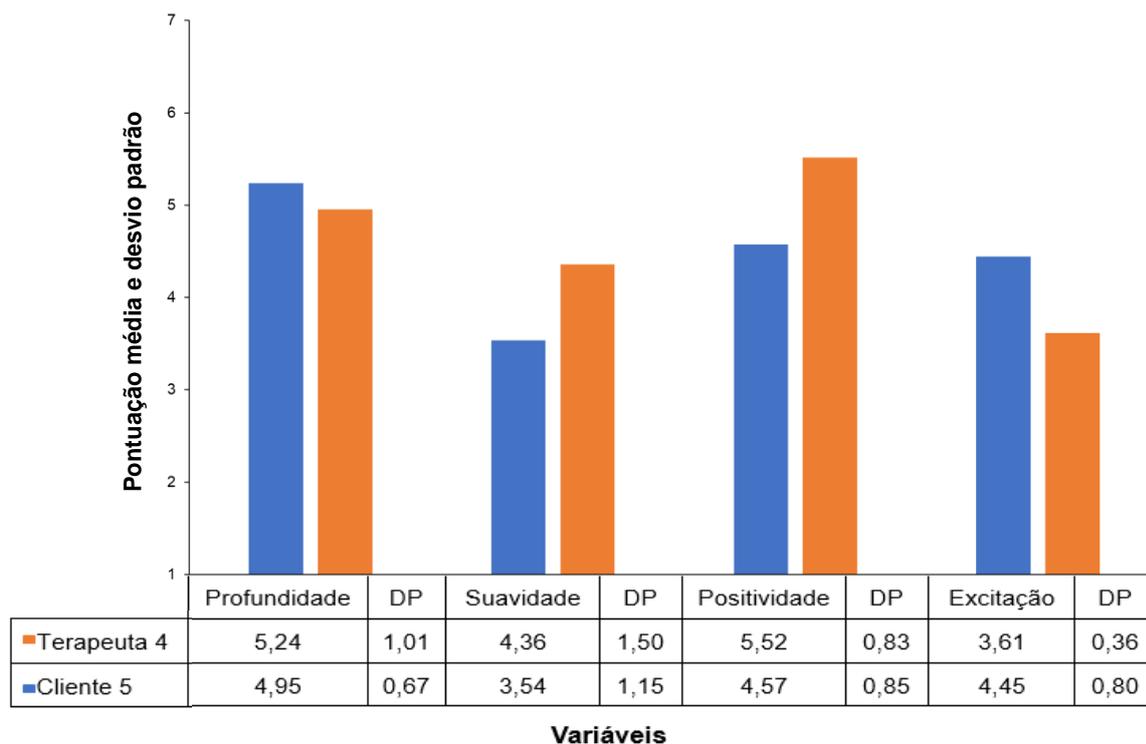
Díade 5 (T4-C5)

A Figura 9 apresenta os dados da Díade 5, referente ao instrumento SEQ. Nota-se que Cliente apresentou maior média na dimensão Profundidade e a menor em Suavidade. Terapeuta, por sua vez, obteve maior média em Positividade e menor em Excitação. De modo semelhante às díades anteriormente analisadas, os escores de Terapeuta nas dimensões Suavidade e Positividade é superior à de Cliente.

De acordo com a figura 9, é possível observar que C5 e T4 avaliam as sessões como profundas, mas pouco suaves. Para Cliente, as sessões são do tipo 3, profundas e duras, o que pode indicar que este tenha se sentido abalado e/ou vulnerável durante o processo.

Figura 9

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 5 (T4-C5)*.



Nota: *Resultados obtidos de 31 sessões de C5 e 29 sessões de T4

Tabela 6

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 5 (T4-C5) a partir do instrumento WAI.

Díade 5 (T4-C5)	Análises descritivas	
		<i>M</i>
Cliente 5*	<i>DP</i>	7,30
	<i>Md</i>	37,00
	<i>M</i>	35,49
Terapeuta 4*	<i>DP</i>	8,02
	<i>Md</i>	31,00

Nota: *Resultados obtidos de 36 sessões – Cliente 5

**Resultados obtidos de 39 sessões – Terapeuta 4

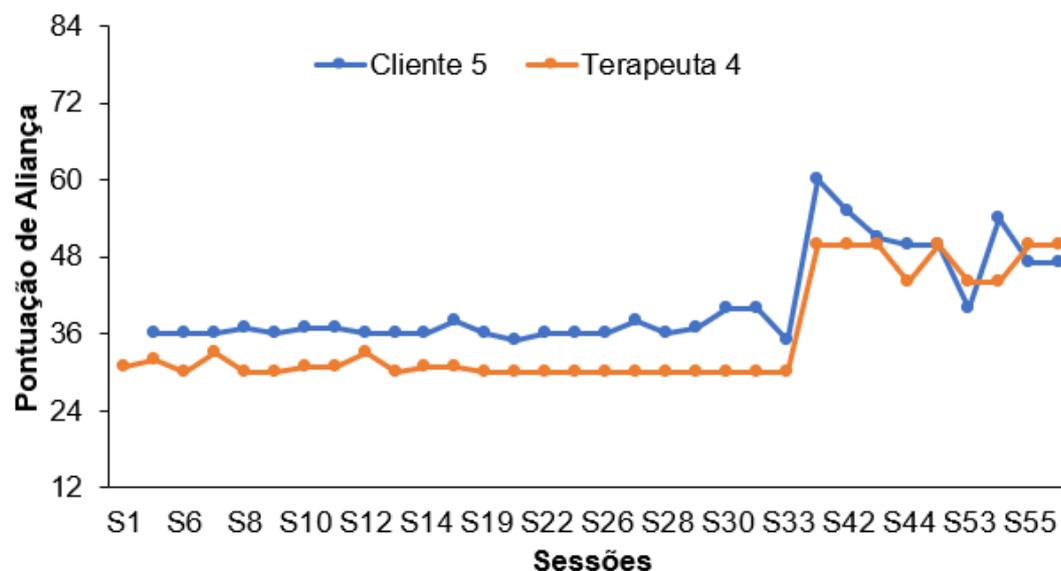
M = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

No que tange à variável de Aliança Terapêutica, medida pelo instrumento WAI, a Tabela 6 mostra que Cliente obteve maior média e mediana do que Terapeuta, com

maior variação (maior desvio padrão) nos escores do segundo participante. A análise de Mann-Whitney indica diferença estatisticamente significativa na Aliança ($U = 225.000$; $p > 0,001$) entre T4 e C5.

Figura 10

*Pontuação de escore total de Aliança da díade 5 (T4-C5) a partir do instrumento WAI**



Nota: *Resultados obtidos de 31 sessões de C5 e 32 sessões de T4.

A Figura 10 mostra a distribuição dos escores de WAI ao longo das sessões. Nota-se que Cliente e Terapeuta apresentaram resultados semelhantes ao longo de todo o processo. A partir de S33, nota-se um aumento nos escores da WAI, tanto para T4 quanto C5. Porém, os dados de Cliente seguem sendo mais altos do que os dados de Terapeuta, com exceção das sessões S53 e 55.

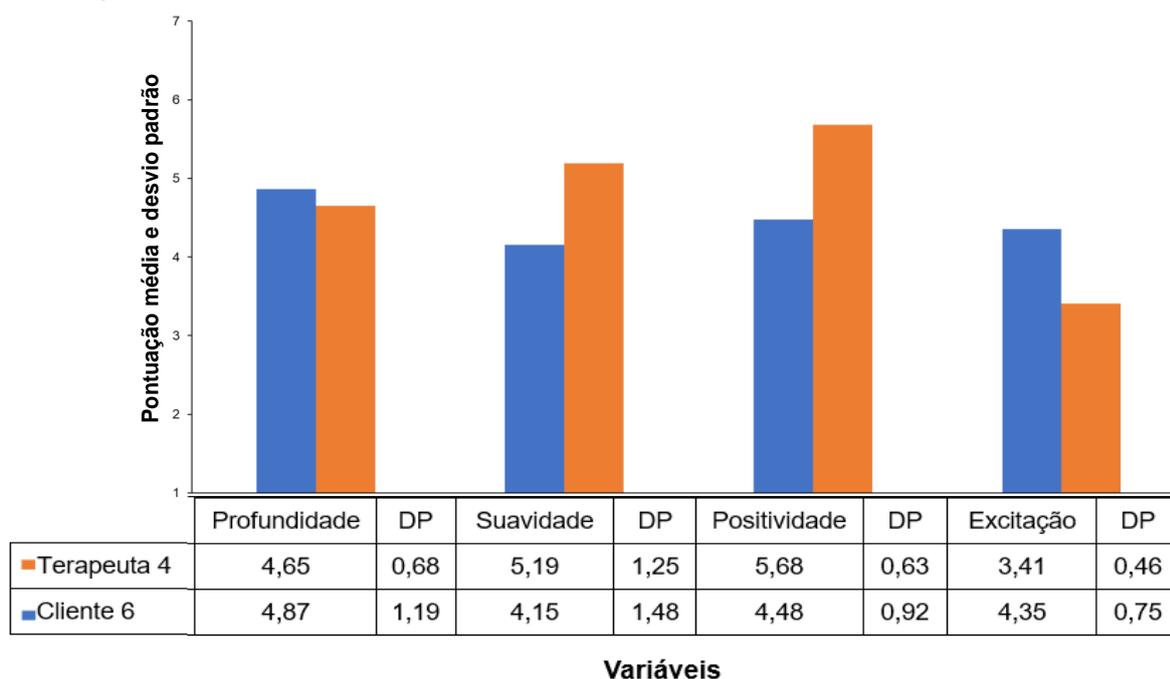
Díade 6 (T4-C6)

A Figura 11 apresenta a média dos escores de cada dimensão do SEQ para a Díade 6. A maior média apresentada por Cliente 6 foi na dimensão Profundidade e a

menor na dimensão Suavidade. Enquanto Terapeuta 4, alcançou a maior média em Positividade e a menor em Excitação. Em positividade e excitação, a avaliação de C6 foi maior que a de T4, enquanto nas outras duas dimensões, Terapeuta apresentou a maior média.

Figura 11

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 6 (T4-C6).*



Nota: *Resultados obtidos de 30 sessões de C6 e 30 sessões de T4

Pode-se observar que para ambos as sessões foram Profundas e Suaves, configurando-as como sessões do tipo 4, avaliadas de forma positiva e com sentimentos positivos após elas.

A Figura 11 apresenta um recorte dos dados das 4 dimensões de SEQ em 30 sessões do processo terapêutico, em que Cliente e Terapeuta responderam à escala. Nota-se que os escores de Cliente apresentam mais oscilações quando comparado ao Terapeuta.

A Tabela 7 apresenta os dados referentes à Aliança Terapêutica, medida pelo

Instrumento WAI. Assim como em grande parte dos casos até então, Cliente apresentou maior média e mediana referente à Aliança do que Terapeuta. A análise de Mann-Whitney indica diferença estatisticamente significativa na Aliança ($U = 189.500$; $p > 0,001$) entre Cliente e Terapeuta.

Tabela 7

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 6 (T4-C6) a partir do instrumento WAI.

Díade 6 (T4-C6)	Análises descritivas	
Cliente 6*	<i>M</i>	42,63
	<i>DP</i>	9,87
	<i>Md</i>	37,00
Terapeuta 4**	<i>M</i>	35,87
	<i>DP</i>	8,96
	<i>Md</i>	30,00

Nota: *Resultados obtidos de 30 sessões – Cliente 6

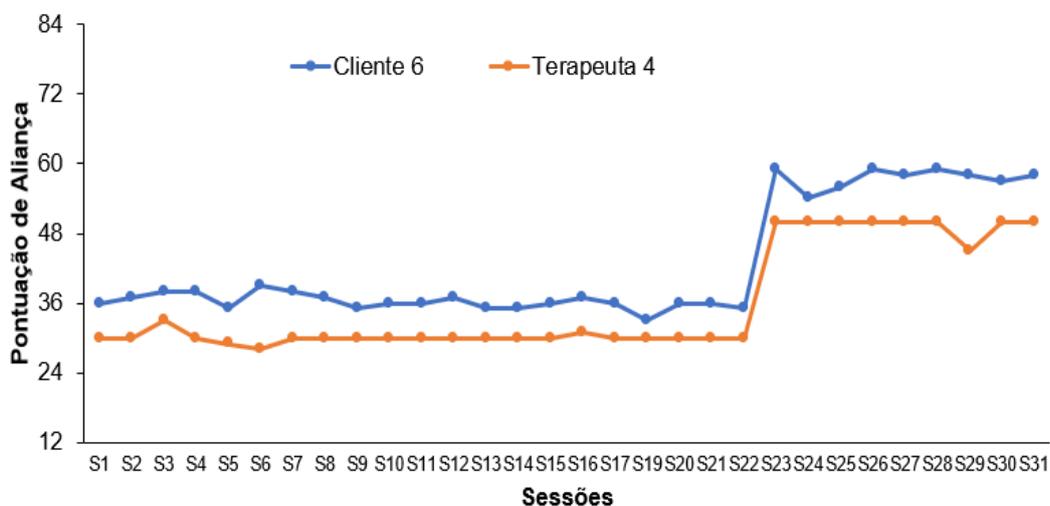
**Resultados obtidos de 30 sessões – Terapeuta 4

M = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

A Figura 12 apresenta os escores de Aliança ao longo das sessões. Nota-se que em todas as sessões os escores de Cliente são superiores aos de Terapeuta. Há alteração significativa dos escores de ambos a partir da sessão S22, o que sugere que algo significativo tenha ocorrido no processo entre as sessões 22 e 23, fortalecendo a Aliança Terapêutica. Novamente, uma análise mais aprofundada do conteúdo destas sessões poderia lançar luz sobre os processos de mudança que tenham ocorrido.

Figura 12

Pontuação de escore total de Aliança da díade 6 (T4-C6) a partir do instrumento WAI*



Nota: *Resultados obtidos de 30 sessões de C6 e T4

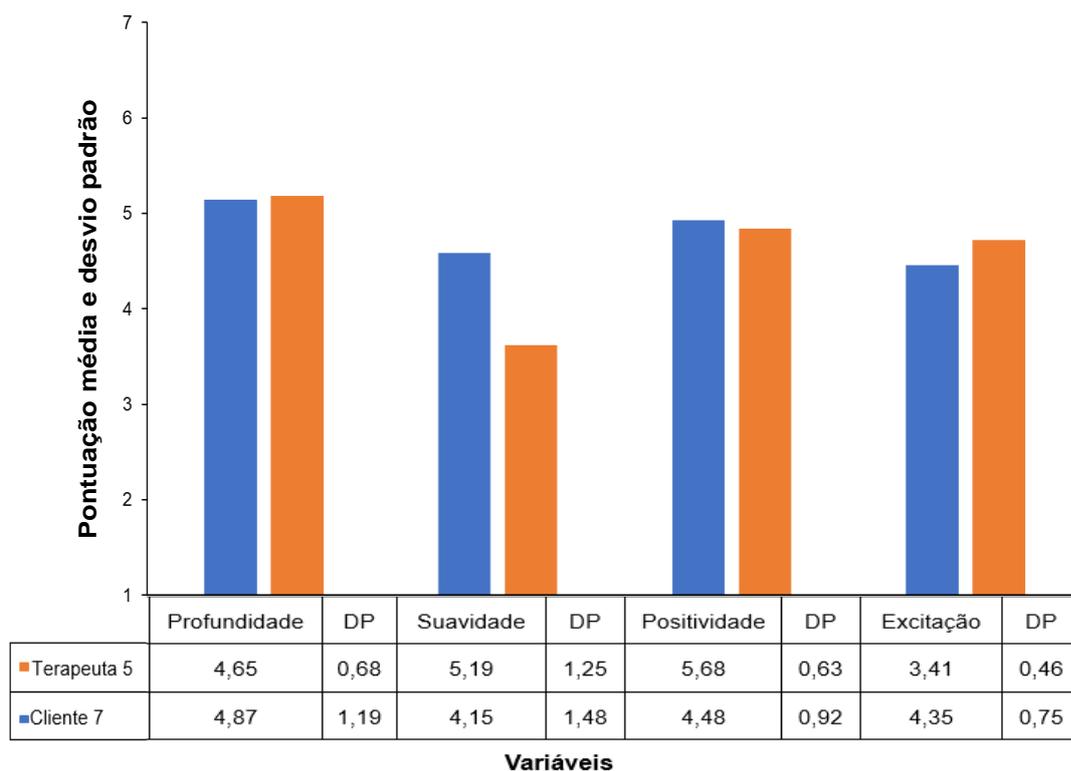
Díade 7 (T5-C7)

A Figura 13 apresenta a análise descritiva dos dados obtido a partir do Instrumento SEQ. Nota-se que Cliente obteve maior média em Profundidade menor em Suavidade, enquanto Terapeuta obteve maior média em Positividade e menor em Excitação.

C7 e T5 tiveram apresentam médias bem semelhantes em todas as dimensões, com exceção de Suavidade. Em relação a esta última Dimensão, Terapeuta avaliou as sessões como Duras (<4) enquanto Cliente as avaliou como Suaves (>4). Sendo assim, C7 avalia as sessões como Tipo 4 (profundas e suaves), e T5 como Tipo 3 (profundas e duras). De acordo com essa tipologia, T5 avalia-se positivamente e se sente competente e curioso, enquanto C7 avalia as sessões de forma positiva e tem sentimentos positivos após elas.

Figura 13

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 7 (T5-C7) *.



Nota: *Resultados obtidos de 11 sessões de C7 e 10 sessões de T5

Tabela 8

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 7 (T5-C7) a partir do instrumento WAI.

Díade 7 (T5-C7)	Análises descritivas	
Cliente 7*	<i>M</i>	35,43
	<i>DP</i>	1,45
	<i>Md</i>	36,00
Terapeuta 5**	<i>M</i>	30,36
	<i>DP</i>	1,39
	<i>Md</i>	30,00

Nota: *Resultados obtidos de 14 sessões – Cliente 7

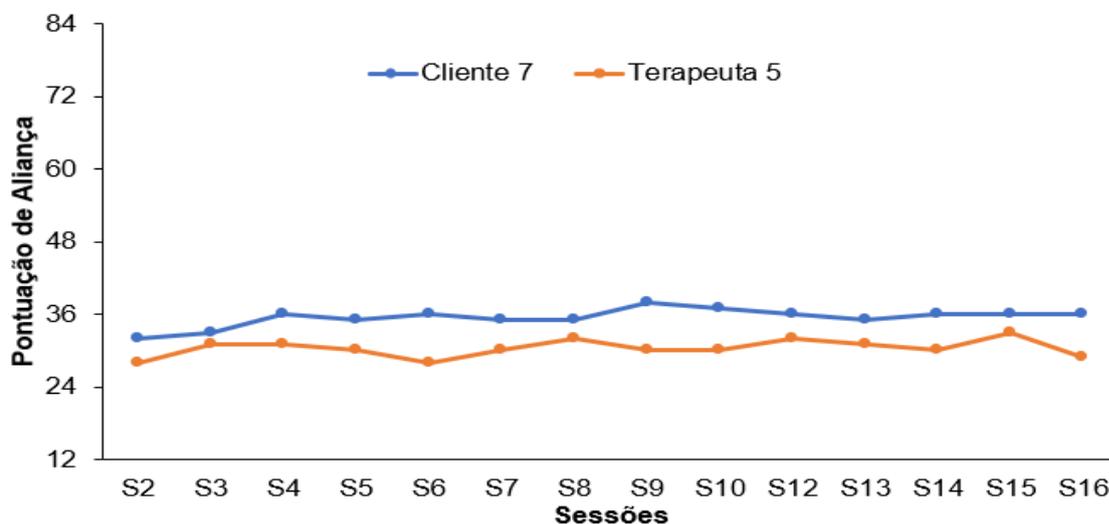
**Resultados obtidos de 14 sessões – Terapeuta 5

M = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

A Tabela 8 apresenta a variável Aliança, medida pelo Instrumento WAI. C7 obteve maior média e mediana que T5. A análise de Mann-Whitney aponta que essa diferença é estatisticamente significativa ($U = 107.500$; $p > 0,001$).

Figura 14

*Pontuação de escore total de Aliança da Díade 7 (T5-C7) a partir do instrumento WAI**



Nota: *Resultados obtidos de 14 sessões de C7 e T5

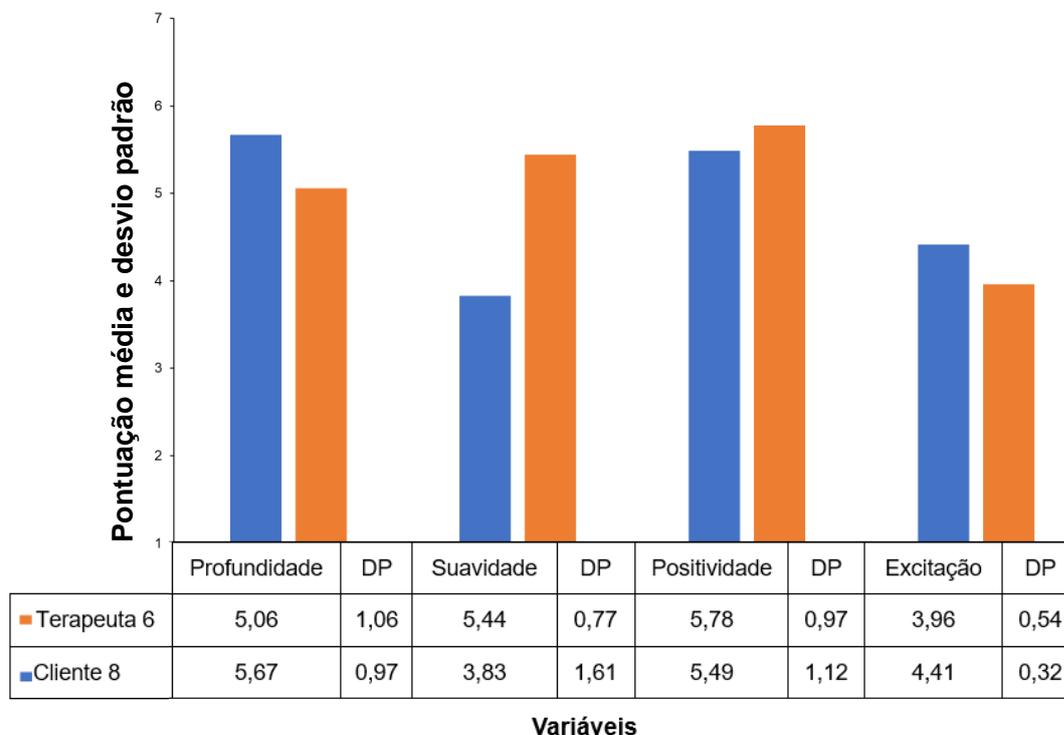
A figura 14 apresenta a distribuição dos escores do WAI ao longo das 14 sessões da Díade 7. Nota-se que os escores de Cliente mantêm-se superiores aos de Terapeuta em todo o processo, mesmo quando há pequenas diminuições nos dados de Cliente, as mesmas acontecem nos dados de Terapeuta. Ademais, ambos apresentam poucas oscilações e sem aumentos significativos, com uma pequena tendência crescente.

Díade 8 (T6-C8)

A Figura 15 apresenta a análise descritiva dos dados do instrumento SEQ para a Díade 8 (T6-C8). A maior média de Cliente ocorreu na dimensão Profundidade e a menor em Suavidade. Positividade, por sua vez, foi a dimensão que registrou maior média para Terapeuta, sendo a Excitação aquela com menor média.

Figura 15

Pontuação média e desvio padrão das variáveis do instrumento SEQ da díade 8 (T6-C8).*



Nota: *Resultados obtidos de 14 sessões de Cliente 8 e 10 sessões de Terapeuta 6

Tanto C8 quanto T6 avaliaram as sessões como profundas (>4), no entanto, em relação à dimensão suavidade, C8 avaliou as sessões como duras (<4) e T6 como suaves (>4). Sendo assim, Cliente avalia as sessões como Tipo 3 (profundas e duras), e Terapeuta como Tipo 4 (profundas e suaves) (Stiles, 1994).

A Tabela 9, diferindo das demais díades, nesta Terapeuta obteve maior média e mediana do que Cliente. Este (C8), por sua vez, apresentou maior desvio padrão em seus resultados, indicando maior variação dos dados ao longo do tempo. Apesar desta diferença sutil, a análise de Mann-Whitney indicou que as medianas de ambos os participantes da díade não possuem diferenças estatisticamente significativas ($U = 84.500; p > 0,05$).

Tabela 9

Média, Desvio Padrão e Mediana dos escores da díade 8 (T6-C8) a partir do instrumento WAI.*

Díade 8 T6-C8	Análises descritivas	
Cliente 8*	<i>M</i>	35,39
	<i>DP</i>	10,03
	<i>Md</i>	30,00
Terapeuta 6*	<i>M</i>	36,14
	<i>DP</i>	7,82
	<i>Md</i>	31,50

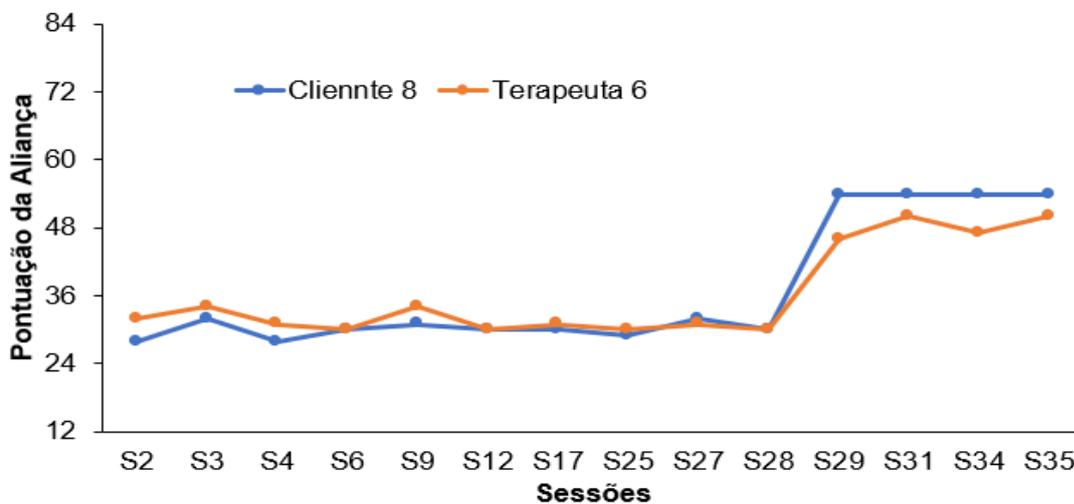
Nota: *Resultados obtidos de 18 sessões – Cliente 8

**Resultados obtidos de 14 sessões – Terapeuta 6

M = média; *DP* = Desvio Padrão; *Md* = mediana.

Figura 16

Pontuação de escore total de Aliança da díade 8 (T6-C8) a partir do instrumento WAI*



Nota: *Resultados obtidos de 14 sessões de Cliente 8 e Terapeuta 6

Terapeuta 6 avaliou algumas sessões melhor do que Cliente 8 (S2, S3, S4, S9) no início da coleta, mas depois os dados se mantiveram bem semelhantes até um aumento significativo dos dados de ambos na sessão S29. Após essa sessão, se manteve o dado observado nas outras díades de que a avaliação do Cliente em

relação à aliança tem um dado maior do que a avaliação do Terapeuta, ainda que discretamente, sendo diferente especificamente nessa díade, no começo do processo.

Panorama geral das sessões

A Tabela 10 apresenta um panorama geral dos dados das díades até agora discutidos no presente estudo.

Tabela 10

Síntese dos dados obtidos com as díades, incluindo os escores de aliança terapêutica medidos pelo instrumento WAI e a tipologia de SEQ

Díades	Instrumentos	Dimensões de SEQ				
		Profundidade	Suavidade	Positividade	Excitação	
		Escore WAI				
Díade 1	C1	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		36,81	
			<i>DP</i>		10,68	
			<i>Md</i>		31,00	
T1	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo	
	WAI	<i>M</i>		30,50		
		<i>DP</i>		1,01		
		<i>Md</i>		30,00		
Díade 2	C2	SEQ - Tipo 3	Profunda	Dura	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		33,07	
			<i>DP</i>		1,95	
			<i>Md</i>		32	
T2	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo	
	WAI	<i>M</i>		30,22		
		<i>DP</i>		1,08		
		<i>Md</i>		31		
Díade 3	C3	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		35,20	
			<i>DP</i>		1,17	
			<i>Md</i>		35,00	
T3	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Ativo	
	WAI	<i>M</i>		32,00		
		<i>DP</i>		1,96		
		<i>Md</i>		31,5		

Díade 4	C4	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo
		WAI	<i>M</i>		36,16	
			<i>DP</i>		0,83	
	<i>Md</i>		36,00			
T4	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo	
	WAI	<i>M</i>		30,04		
		<i>DP</i>		0,34		
<i>Md</i>		30,00				
Díade 5	C5	SEQ - Tipo 3	Profunda	Dura	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		40,75	
			<i>DP</i>		7,30	
	<i>Md</i>		37,00			
T4	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo	
	WAI	<i>M</i>		35,49		
		<i>DP</i>		8,02		
<i>Md</i>		31,00				
Díade 6	C6	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		42,63	
			<i>DP</i>		9,87	
	<i>Md</i>		37,00			
T4	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo	
	WAI	<i>M</i>		35,87		
		<i>DP</i>		8,96		
<i>Md</i>		30,00				
Díade 7	C7	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		35,43	
			<i>DP</i>		1,45	
	<i>Md</i>		36,00			
T5	SEQ - Tipo 3	Profunda	Dura	Positivo	Ativo	
	WAI	<i>M</i>		30,36		
		<i>DP</i>		1,39		
<i>Md</i>		30,00				
Díade 8	C8	SEQ - Tipo 3	Profunda	Dura	Positivo	Ativo
		WAI	<i>M</i>		35,39	
			<i>DP</i>		10,03	
	<i>Md</i>		30,00			
T6	SEQ - Tipo 4	Profunda	Suave	Positivo	Inativo	
	WAI	<i>M</i>		36,14		
		<i>DP</i>		7,82		
<i>Md</i>		31,50				

As Avaliações realizada por meio do instrumento SEQ (Stiles, 1980), embora não forneçam uma medida direta de escore de Aliança Terapêutica, contribuem para um conhecimento mais aprofundado do impacto que as sessões exercem sobre os participantes da interação terapêutica.

Ao desenvolver o *Session Evaluation Questionnaire*, Stiles (1980) considerou

que era necessário avaliar a experiência dos clientes acerca da sessão para compreender de que modo a experiência do processo de terapêutico se associava às técnicas utilizadas e aos resultados. As quatro dimensões que constituem o instrumento - Profundidade, Suavidade, Positividade e Ativação – proporcionam avaliações sobre os diferentes tipos de experiências dos integrantes da relação terapêutica.

De acordo com Stiles (1980), as dimensões **Profundidade e Suavidade** estão relacionadas ao envolvimento e afeto do terapeuta, por exemplo, clientes que avaliam ter experienciado as sessões como superficiais e suaves, avaliam seu terapeuta como mais caloroso. No estudo de Lingardi et al. (2011), a Profundidade estava associada a alguns componentes da relação entre o cliente e o terapeuta, os clientes que avaliaram a sessão como Profunda disseram sentir-se compreendidos pelo terapeuta, e que este havia apresentado uma postura empática e sensível ao que eles relataram sentir. Nesse mesmo estudo, a dimensão Suavidade foi relacionada positivamente a terapeutas que proporcionam apoio e orientação aos seus clientes durante o processo terapêutico e negativamente associada a intervenções desafiantes, potencialmente aversivas (Fuller & Hill, 1985; Kivlinghan & Angelone, 1991; Kivlinghan et al., 1991; citados por Stiles et al., 2002).

Nota-se na Tabela 10 que todos os participantes, de todas as díades, tanto Terapeutas quanto Clientes avaliaram as sessões como **Profundas**, assim, poderosas e valorosas para a efetividade do processo terapêutico. Esse é um dado importante pois pode ser um preditivo de boa aliança terapêutica, como observado em outros estudos (Moreira, 2019; Macclintock et al., 2015; Lingardi et al., 2011). Nestes, a profundidade está relacionada positivamente ao vínculo estabelecido entre terapeuta e cliente (vínculo é uma das dimensões da aliança terapêutica) e às

intervenções do terapeuta que auxiliavam o cliente a vivenciar profundamente suas emoções (Moreira, 2019).

A percepção de profundidade no processo terapêutico é algo bastante subjetivo e, provavelmente, poderá indicar diferentes processos para diferentes clientes. No entanto, um olhar para os principais objetivos de uma terapia comportamental permite inferir alguns desses processos. De acordo com Zamignani e col. (2023), o terapeuta analista do comportamento deveria...

...arranjar contingências em sessão com o objetivo de facilitar a análise do cliente sobre as variáveis controladoras de seu próprio comportamento e a partir disso promover variabilidade comportamental, de forma a remover estimulação aversiva e produzir novas fontes de reforçamento positivo; (...) promover mudanças em *processos verbais relacionais* que podem constituir parte da cadeia de determinações do comportamento, influenciando a maneira com que o cliente responde aos eventos públicos e privados; prover oportunidade para que o cliente vivencie experiências emocionais “corretivas”; (...) promover a autonomia do cliente para lidar com as questões e desafios do cotidiano (Zamignani & Banaco 2017).

Considerando esses objetivos terapêuticos, provavelmente uma sessão será avaliada como "profunda", por ambos os participantes se, de alguma forma contribuir para (1) promover análises de contingências relevantes; (2) promover intervenções reflexivas que permitam ao cliente reavaliar e transformar processos verbais relacionais; (3) promover experiências que sirvam como modelos de autoanálise para os clientes; (4) promover autonomia.

Na dimensão **Suavidade**, 12 participantes avaliaram, as sessões como

suaves, enquanto 4 avaliaram as sessões como duras (C2, C5, T5 e C8). Stiles (2002) sugere que, quando as sessões são avaliadas como duras, os clientes podem sentir-se abalados ou vulneráveis. Numa primeira vista, tal afirmação pode sugerir que as sessões tenham proporcionado experiência de aversividade. Tal hipótese não pode ser descartada, mas deve-se considerar também outros aspectos do processo que possam levar a uma avaliação da sessão como “dura”.

Sessões suaves são aquelas de padrão fácil, relaxada, agradável, suave, e confortável para o cliente (Stiles, 1980). Isso sugere que, embora o conteúdo ou o foco da sessão também possam ser consistentes com a Profundidade, uma sessão pode ser percebida como confortável e suave, ao mesmo tempo em que é poderosa e profunda. A exploração profunda do material pode não diminuir o conforto do paciente, mas ter o efeito oposto quando a segurança está presente (Siegel e Hilsenroth, 2013).

Banaco e Zamignani (2018) discutem algumas condições nas quais o cliente pode experimentar aversividade no processo terapêutico sem, necessariamente envolver procedimentos deliberados de punição ou controle aversivo no processo terapêutico: a primeira delas é quando há o uso inadvertido de punição por parte do terapeuta, em que algum procedimento planejado como algo não aversivo tenha o efeito de punição sobre o cliente; a segunda é quando os procedimentos terapêuticos contém algum componente aversivo, seja porque o procedimento faz com que o cliente entre em contato com sentimentos “indesejáveis”, aversivos, ao se deparar com as variáveis de controle de seu comportamento, seja porque o procedimento em si tenha um componente aversivo, ora proporcionando que as respostas de esquiva do cliente sejam enfraquecidas, ora utilizando a exposição a um evento aversivo para proporcionar extinção respondente.

Outras vezes, procedimentos não aversivos podem levar o cliente a entrar em contato com experiências aversivas relacionadas à sua história de vida. Quando o terapeuta conduz a sessão para um tema que estava sendo evitado pelo cliente, leva o cliente a entrar em contato com demandas dolorosas, ou seja, em que ocorria uma esquiva experiencial, pode ocorrer de que a sessão seja considerada como dura, difícil, ao mesmo tempo em que pode ser considerada como profunda. Em todas essas situações, poder-se-ia dizer que o cliente eventualmente experiencie a sessão como “dura” e isso tenha com o efeito que o cliente se sinta abalado ou vulnerável, no entanto, tal vulnerabilidade pode ser parte importante, desejável e necessária para o seu processo de mudança.

Em contraponto, Mcclintock et al. (2015) sugerem que a suavidade da sessão pode ser crucial para a obtenção de resultados terapêuticos, uma vez que significa que o cliente confia no terapeuta e se sente em segurança. Essa análise é corroborada pelo estudo desenvolvido por Friedlander, Thibodeau. & Ward (1985), que constatou a suavidade como a dimensão mais importante para os clientes. Mcclintock et al. (2015), no entanto, destacam em seu estudo que sessões suaves podem ser importantes no início da terapia para estabelecer uma aliança terapêutica mais forte, mas ao longo da terapia esta dimensão de avaliação da sessão perde sua importância. Talvez exatamente pela possibilidade de que sessões mais duras possam ser necessárias para lidar com conteúdos mais difíceis e/ou que estejam sendo evitados.

Vale destacar no presente estudo que a maioria dos clientes avaliou as sessões como suaves. Ainda que alguns clientes tenham avaliado suas sessões como “duras”, o sentimento que resulta do processo é, em geral, positivo e ativo, o que sugere que sejam sessões produtivas e, em seu conjunto, reforçadoras.

Profundidade e suavidade parecem desejáveis e provavelmente se correlacionam positivamente com melhora, mas por razões diferentes. A profundidade diz respeito ao grau percebido para qual o cliente foi agitado ou movido pela sessão, ou para o qual a sessão tocou em temas dos quais cliente estava se esquivando ou emocionalmente reveladoras. A suavidade diz respeito à facilidade percebida de interagir e, portanto, a qualidade da aliança entre terapeuta-cliente na sessão (Stiles et. al, 2002).

Relativamente à relação entre a Positividade e os resultados do processo terapêutico, o estudo de McClintock et al. (2015) revelou que à medida que o humor de cliente melhora ao longo das sessões os resultados terapêuticos vão também apresentando melhorias.

A Dimensão **Positividade** foi avaliada com escores acima de 4,0 por todos os participantes, o que configura as avaliações de sessões como “positivas”. Na literatura, essa dimensão está relacionada com “sentimentos de confiança e clareza, de felicidade e ausência de medo ou raiva após as sessões” (Stiles, 2002, pág. 330). Sessões após as quais o sentimento de cliente e terapeuta é referido como positivo sugerem que a psicoterapia tenha proporcionado um ambiente seguro e acolhedor (Stiles, 2002). Essas sessões são também avaliadas como boas sessões, em que o cliente avalia o terapeuta como competente e confiável (Moreira, 2019).

A pesquisa de processo-resultado tem mostrado evidências (Norcross & Wampold, 2011) de que um ambiente com tais características proporciona que as demandas do cliente possam ser incorporadas e usadas para ajudar a modelar maior flexibilidade associada aos padrões valorizados. A terapia é um ambiente controlado e isolado do restante do cotidiano do cliente, no qual pequenos “experimentos” são implementados, visando propiciar e manter processos que podem levar a grandes

transformações pessoais principalmente para o cliente, mas também para o terapeuta. Na essência desse processo encontra-se a relação compartilhada pelo cliente e o terapeuta (Hayes & Wilson, 2021).

Clientes podem realizar avaliações com escores mais altos de positividade quando os terapeutas os ajudam a obter mais conhecimento de si mesmos ou dos outros, aumentam sua auto avaliação, fazem descrições de suas demandas e reconhecem sua evolução terapêutica, bem como quando se sentem compreendidos, apoiados, validados, aliviados, envolvidos no processo terapêutico e mais próximo de seu terapeuta, com vínculo mais forte (Elliott & Wexler, 1994; Stiles et al., 1994). Em todas as díades do presente estudo, os Clientes avaliaram as sessões como positivas, ainda que em sua grande maioria tenham apresentados dados de média entre 4,48 e 5,8, não alcançando escores mais próximos de 7 ou 8, que seria o valor máximo, mantendo-se com valores mais próximos à faixa de escore 4,0.

Pode-se dizer que o procedimento terapêutico é uma classe de comportamentos que tem algumas funções em comum, funções essas que permitem classificar desempenhos bastante diferentes na forma de o terapeuta se relacionar com o cliente numa mesma classe funcional, como por exemplo, comportamentos reforçadores, punitivos etc. (Guilhardi, 2001). Assim, torna-se natural esperar que sejam obtidas algumas avaliações iguais para terapeuta e cliente, e outras diferentes.

Ackerman & Hilsenroth (2003) em seu estudo, sobre terapia presencial, destacam que terapeutas se sentem mais positivos após as sessões quando avaliam que são eficazes em ajudar os clientes a obterem insights sobre as demandas trabalhadas e a se sentirem engajados, apoiados e compreendidos. A avaliação de positividade também aumenta quando uma sessão é vista pelo terapeuta como mais interativa e colaborativa (El-Shaieb, 2005). Os resultados revelaram que quando as

sessões causam humor positivo e ativação no cliente, classificam-na como uma boa sessão. Quando as sessões induzem no cliente humor positivo e ativação, os sujeitos consideram o seu terapeuta como competente e confiável.

A última dimensão avaliada por clientes e terapeutas foi **Excitação** – relacionada ao humor, sobre sentir-se ativo ou inativo após as sessões. Nove participantes relataram sentir-se ativos (C1, C2, T3, C3, T5, C5, C6, C7 e C8) e sete inativos (T1, T2, C4, T4 nas 3 díades, e T6). Ao observarmos que dos 9 que se sentiram ativos, 7 foram clientes, torna-se importante destacarmos quais as possíveis variáveis relacionadas a esse achado.

Moreira (2019) em seu estudo observou que quando os clientes se sentem positivos e ativos, eles consideram o terapeuta como confiável; ao contrário de quando se sentem com humor negativo e ativos ou humor negativo e inativos. Na investigação de Mallinckrodt (1993) a Positividade e a Excitação foram consideradas importantes na melhoria dos resultados terapêuticos. Assim, à medida que o humor do cliente melhora ao longo das sessões os resultados terapêuticos vão também apresentando melhorias (Mcclintock et al., 2015).

Os resultados obtidos a partir da avaliação da Aliança Terapêutica (AT) por meio do Instrumento WAI, sistematizados na Tabela 10, indicam também algumas regularidades, como demonstrado na Tabela 10. Pode-se observar dentre as oito díades, sete apresentaram maior média em Aliança por parte dos clientes em comparação com os terapeutas (com exceção da Díade 8 - T6-C8 -, em que há pequena superioridade na avaliação do Terapeuta, em comparação com o Cliente).

Em estudos sobre aliança em psicoterapia presencial Cecero et al. (2001), McLeod et al. (2017) e Bickman et al. (2012) encontraram uma maior média do escore da Aliança Terapêutica de WAI avaliado pelo cliente do que pelo terapeuta. Assim, há

uma semelhança entre os dados apresentados pela literatura e os obtidos neste estudo.

Os escores superiores dos clientes com relação a seus terapeutas, são consistentes com os achados de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento para a avaliação da Aliança Terapêutica em sessões presenciais (por exemplo, Stiles & Snow, 1984) e estudos de avaliações da aliança (por exemplo, Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Hatcher, Barends, Hansell & Gutfreund, 1995; Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Mallinckrodt & Nelson, 1991).

Uma descrição do cliente como tendo uma boa aliança terapêutica pode significar que para o cliente, o terapeuta é capaz de: conduzir o processo terapêutico de forma que sejam alcançados os objetivos terapêuticos, propor tarefas adequadas para atingir esses objetivos e fazer com que o cliente se sinta “acolhido” e “cuidado” por ele (Herrero et al, 2020).

Além disso, há estudos que demonstram que os clientes que alcançam escores mais altos de AT ficam mais satisfeitos com a intervenção após o tratamento (Philaja et al, 2017), o que fortalece a associação entre níveis mais altos de Aliança Terapêutica e melhores desfechos clínicos. É importante destacar que para que o paciente tolere o afeto desconfortável que é despertado por intervenções particularmente desafiadoras, uma aliança forte é necessária (Mallinckrodt, 1993).

Há evidências de que terapeutas e clientes tendem a destacar diferentes aspectos da sua interação ao avaliar a Aliança Terapêutica (Malinckrodt et al., 1991), resultando assim em diferentes escores. A questão que se coloca sobre a diferença entre as avaliações do cliente e do terapeuta sobre a Aliança é se esses experimentam níveis mais altos de satisfação com o processo ou se terapeutas seriam mais rigorosos em sua avaliação sobre o processo. Horvath (2000) observou

que as diferenças entre as perspectivas dos terapeutas e dos pacientes sobre o relacionamento terapêutico podem decorrer do fato de que os terapeutas veem o relacionamento através de uma “lente teórica”, isso significa que os terapeutas comparam o relacionamento desenvolvido com o cliente com o que lhes foi ensinado sobre como um bom relacionamento terapêutico deve ser, enquanto os clientes comparam o relacionamento com suas experiências em seu histórico de vida.

Independentemente de qual seja o fator responsável por essa diferença na avaliação entre os participantes da díade, a superioridade da avaliação do cliente parece ser um bom preditor de bons desfechos clínicos. Pelo menos é o que aponta o estudo de Horvath e Symonds (1991), que indica uma ordem decrescente do poder preditivo das avaliações da aliança, colocando em primeiro lugar os clientes, seguidos dos observadores externos e terminando com os terapeutas. Seguindo esse critério de avaliação, podemos afirmar que as medidas do presente estudo seriam fortes indicadores de uma boa aliança terapêutica.

A análise da evolução da AT ao longo das sessões de cada díade é importante pois pode servir como indicadores de alerta de problemas na relação terapêutica, em caso de piora nas avaliações por parte de algum dos participantes. Quando detectados tais indicadores, se estabelecem oportunidades para a aplicação de processos de resolução que podem ajudar a fortalecer a aliança e reter clientes desafiadores em tratamento. Identificar e divulgar estratégias eficazes de resolução de quebras e rupturas da AT é um próximo passo importante para melhorar a eficácia da psicoterapia (Murrain et al, 2009). Por isso, é recomendável que, em psicoterapia, seja presencial ou online, seja monitorada a forma como o cliente percebe a aliança (Pieta & Gomes, 2017).

Algumas flutuações da aliança no decorrer das sessões ou entre elas são

esperadas e, quando utilizadas como mecanismos de melhora da relação terapêutica, estão associadas a bons resultados. Essas oscilações podem ocorrer em resposta a diferentes variáveis - como por exemplo, propor ao cliente lidar com assuntos difíceis, baixo repertório de autoconhecimento, confusões de papéis na relação com o terapeuta - que vão se diferenciar para cada processo, relação terapêutica (Pieta & Gomes, 2017).

Uma metanálise de Horvath et al. (2011), com dados de estudos sobre aliança em psicoterapia presencial, aponta para a importância da qualidade da aliança nos resultados de tratamentos, ou seja, uma aliança significativa entre terapeuta e cliente prediz bons resultados psicoterápicos. O mesmo pode ser considerado no presente estudo em que são avaliadas díades em atendimento online. Estudos sobre a psicoterapia online, evidenciam que a aliança também desempenha um papel muito importante, com resultados semelhantes aos de terapia presencial (Andersson, 2016; Kaiser et al, 2021)

Nota-se no presente estudo, que não houve diminuição significativa nos dados de aliança, ao longo do processo das diferentes díades. Foram apresentadas algumas oscilações, mas pouco representativas e em algumas díades (Díade 1, 5, 6 e 8), foram seguidas de uma significativa melhora da avaliação de AT, o que sugere também que a Aliança Terapêutica tenha sido positiva, prevendo desfechos favoráveis dos processos terapêuticos estudados.

Uma das hipóteses levantadas por Horvath (1994) é de que a aliança terapêutica nas fases iniciais da terapia seria em grande parte indiferenciada e global, enquanto no decorrer do tratamento poderia ser observado variações e flutuações nos dados. Essa hipótese, na época do estudo de Hovarth (1994) foi referente a pesquisas presenciais, mas pode-se perceber o mesmo acontecendo em sessões

online no presente estudo.

Para uma análise mais robusta e melhor compreensão do processo ao longo do tempo, o ideal seria que, para todas as díades, houvesse dados referentes a um grande número de sessões – ou pelo menos a totalidade das sessões registradas tivesse sido avaliada por meio dos instrumentos. No presente estudo houve Díades em que esses dados não foram coletados em parte das sessões. As díades 1, 5, 6 e 8, no entanto, permitiram o registro dos dados de mais de 20 sessões, o que permitiu observar com uma massa mais robusta de dados o desenvolvimento da Aliança ao longo do processo.

As primeiras cinco sessões são decisivas para a construção de uma aliança sólida. Horvath (2000) refere que é neste período que terapeuta e cliente têm uma oportunidade importante para a construção de uma aliança baseada no respeito mútuo, confiança, compromisso e responsabilidade pelos objetivos da terapia. O estabelecimento de uma sólida relação terapêutica no início da terapia é fundamental, tendo em vista a dificuldade e complexidade que caracteriza o processo terapêutico nas fases intermediárias da terapia (Henry & Strupp, 1994).

Os dados obtidos no presente estudo indicam bons escores de avaliação da relação terapêutica pelo instrumento WAI desde as sessões iniciais (de 26 a 36 pontos). Além disso, uma única díade (Díade 3) apresentou suave diminuição no escore aliança até a quinta sessão, após o que mostrou estabilidade. As outras díades ou mostram crescimento (Díades 2 e 4) ou apresentam estabilidade desde as sessões iniciais (Díades 1, 5, 6, 7, 8). Seria interessante correlacionar os dados obtidos nessas díades com os escores obtidos no instrumento de avaliação de resultados, mas no presente estudo não foi possível a tabulação desses dados. De qualquer modo, com exceção de uma díade, o padrão apresentado pelas díades estudadas sugere o

desenvolvimento de boas relações terapêuticas.

Alguns clientes, especialmente no início do tratamento, podem ser um pouco mais resistentes, apresentarem dificuldade de interação, ou até mesmo rejeição ou medo do processo terapêutico, dos possíveis aversivos ao se expor a conteúdos potencialmente aversivos ou do terapeuta. A capacidade do terapeuta de responder com aceitação e uma abertura para discutir esses desafios é importante para estabelecer a aliança (Horvath et al., 2011)

Algumas das pesquisas existentes até o presente momento e de conhecimento dos autores, optaram por utilizar como dado de comparação entre terapeutas e clientes diferentes propriedades psicométricas, como a estatística descritiva - média das pontuações dos instrumentos (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a, 2015b), coeficiente de consistência interna (alpha; alfa de Cronbach) (Cecero et al., 2001; Hukkelberg e Ogden, 2016; Corbella e Botella, 2004, dentre outros), análise da estrutura fatorial (AF) (Corbella e Botella, 2004; Corbella et al., 2011; Delsignore et al., 2014; Doran et al., 2012;), teste t, análises correlacionais indicativas de validades preditiva, convergente e discriminante, além de análises de variância (Falkenström et al., 2015). Porém, mesmo com diferentes medidas, alguns desses estudos (Barber et al., 1999; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Orlinsky & Rønnstad, 2000; Moreira, 2019; Andrade-González e Fernández-Liria, 2015) apontam que a média dos clientes é maior que a média dos terapeutas, em sessões presenciais, dado que também é encontrado no presente estudo em atendimentos online.

Horvath, em seu *site* sobre o WAI, esclarece que...

... “O WAI não é uma medida padronizada. (...) nenhuma das medidas de aliança publicadas possui pontuações, limites ou interpretações

padronizadas do que é uma aliança “suficientemente boa”. As razões para isso são bastante óbvias: cada fonte de avaliação – seja cliente, ajudante ou observador – aplica seu próprio “padrão” ao responder perguntas como: “Eu confio/gosto do meu terapeuta” ou “Trabalhamos juntos em relacionamentos mútuos”. metas acordadas.” Confiar, gostar, trabalhar em conjunto, etc., não têm uma métrica objetiva. Não apenas as diferenças individuais, mas também a cultura, o contexto e a natureza da terapia introduzem variáveis contextuais importantes na equação. Portanto, se você quiser comparar as pontuações da aliança, eles fornecem informações úteis (ou igualmente úteis) na medida em que alguns desses parâmetros podem ser considerados razoavelmente semelhantes entre as medições. Comparar pontuações de médias de aliança obtidas de grupos ou indivíduos em diferentes circunstâncias e contextos é repleta de riscos.” (Hovarth, site)

Dada a importância de considerarmos cada díade com suas próprias características e especificidades, considerando cada sujeito como único e as relações como singulares, optou-se no presente estudo seguir a mesma proposta de análise de Hovarth (1994) e avaliar cada uma das díades separadamente, realizando-se comparações com a bibliografia a título de descrição.

Não é de conhecimento dos autores até o presente momento, estudos que realizaram a aplicação do instrumento *Working Alliance Inventory* sessão a sessão do processo terapêutico e/ou com maiores recortes de sessões seguidas como no presente estudo. Alguns estudos (Doran et al., 2016) fazem uso apenas na primeira e última sessão, em outros em sessões específicas após a aplicação de alguma outra variável afim de identificar o impacto desta (Hukkelberg e Ogden, 2016; Garfield, 1995).

No presente estudo optou-se por avaliar a AT sessão a sessão, pois há uma importância significativa em medir a AT em diversos momentos do tratamento, tendo em vista a natureza dinâmica desta variável. Como apresentado na literatura, a AT pode apresentar diferentes níveis e até mesmo diminuições bruscas que podem significar rupturas durante o seu desenvolvimento (Safran e Muran, 2006; Safran e Segal, 1990; Samstag et al., 2004).

De acordo com Rotten et al (2004), a boa aliança se desenrola segundo dois padrões distintos: ou os níveis elevados de aliança se mantêm estáveis ao longo das sessões, ou há um crescimento linear da força da aliança desde o início da terapia. Clientes cuja aliança melhora ao longo do tempo, se beneficiam mais da terapia do que aqueles que estabelecem uma aliança estável desde o início, independentemente da força da aliança. Clientes cuja aliança melhora ao longo do tempo, beneficiam-se mais da terapia do que aqueles que estabelecem uma aliança estável desde o início, mesmo que elevada.

Já Kivlighan e Shaughnessy (2000) analisaram quantitativamente três padrões distintos de desenvolvimento da aliança terapêutica: progressão estável, crescimento linear e crescimento quadrático. O processo que Kivlighan e Shaughnessy (2000) denominam como crescimento quadrático foi descrita por Horvath & Bedi (2002). Segundo esses autores, as variações nas avaliações de aliança seguem uma progressão quadrática (não linear), na qual há uma significativa diminuição de aliança, seguida de um aumento também considerável, formando uma descrição gráfica em “U”. Esse padrão traduziria três momentos distintos: no início, ela é elevada possivelmente em função das expectativas positivas dos clientes em relação aos benefícios esperados em função da terapia; após o início, no desenvolvimento da terapia, a aliança poderá ficar mais abalada em decorrência das intervenções e

trabalho psicoterapêutico em torno dos problemas mais difíceis dos clientes; na fase terminal, a aliança pode aumentar talvez como resultado dos ganhos terapêuticos alcançados.

Há fatores, de acordo com Horvath & Bedi (2002), que podem contribuir para essa mesma dinâmica: no início da terapia, a aliança deve ocupar o primeiro plano das preocupações da díade de modo que se estabeleça uma conexão entre terapeuta e cliente que sustentem a implantação dos procedimentos terapêuticos. Assim que se estabelece um bom vínculo, ela deixa de ser o ponto principal de intervenção e passa a existir como um contexto, para que os problemas do cliente sejam abordados de forma mais técnica, e profunda, com mais detalhes e descrições analíticas das contingências em atuação, eventualmente, exigindo que o cliente entre em contato com algum desconforto decorrente do procedimento terapêutico (como já abordado anteriormente). A aliança terapêutica voltaria a ser prioridade sempre que for necessário, como por exemplo em momentos de crise ou ruptura no trabalho terapêutico, discordâncias entre Terapeuta e Cliente, dentre outros. Assim, a aliança se mostra como ferramenta para solucionar eventuais crises na relação terapêutica, o que pode estabelecer, pelo menos, um ciclo alto-baixo-alto da aliança, quando existente esse padrão de funcionamento (Ramos, 2008).

A literatura tem analisado estes diferentes padrões e os dados parecem indicar que o crescimento linear da aliança tem um impacto sobre os efeitos da terapia superior à progressão estável (Stevens et al., 2007; Safran et al., 2002). Do mesmo modo, fornece algum suporte de que o crescimento quadrático se relaciona com melhores resultados que a progressão estável ou o crescimento linear, apesar da existência de evidências contraditórias. Como afirmam Horvath e Bedi (2002, p.55), “a «forma» de uma aliança produzida ao longo do tempo está longe de estar

estabelecida”.

No presente estudo, o padrão mais comum observado foi de estabilidade nas medidas de aliança. Mesmo a Díade 3, que mostrou pequeno decréscimo nas sessões iniciais, apresentou estabilidade a partir da quinta sessão. As outras díades ou se mostraram estáveis ao longo de todo o processo (Díades 2, 4, 7) ou a partir de um determinado ponto, tiveram um aumento abrupto nos escores e então mantém-se nesse patamar mais alto (Díade 1 – 20^a sessão; Díade 5 – 33^a sessão; Díade 6 – 22^a sessão; Díade 8 – 28^a sessão).

Não foi observado em nenhuma das díades crescimento linear de aliança, com aumento gradual dos escores ao longo do processo, como sugerem Rotten et al(2004). Tampouco pôde ser notado desenvolvimento quadrático das medidas de aliança. Os escores elevados do WAI desde as sessões iniciais puderam ser observado em todas as díades, entretanto, o enfraquecimento da aliança nas sessões intermediárias não ocorreu de maneira marcante, a não ser algumas variações muito sutis observadas nas Díades 1, 2, 3, 6, 7 e 8.

A literatura indica que a relação terapêutica pode ser modificada durante o tratamento, de forma que uma relação inicialmente negativa pode ser reparada e pode talvez levar a resultados terapêuticos mais favoráveis (Puschneral., et al 2004). Esse pode ser o caso observado no presente estudo, nas sessões da Díade 3.

Uma questão importante a ser considerada é a individualidade na avaliação da Aliança Terapêutica, mesmo quando se utilizam instrumentos padronizados como o SEQ e o WAI. Safran et al (2011) destacam que os terapeutas devem estar atentos ao fato de que pacientes encontram dificuldades em expressar sentimentos negativos sobre a psicoterapia ou sobre a relação terapêutica. Por isso, mesmo com a apresentação do inventário, pode ser difícil para o cliente relatar em sessão possíveis

aversivos que estejam relacionados ao processo e aliança terapêutica. Isso, por vezes, pode impedir que o terapeuta tenha um feedback que o permita alterar as contingências em sessão de modo a desenvolver uma aliança terapêutica mais forte e com resultados mais robustos.

É necessário destacar que, cada item dos instrumentos aplicados ao processo de psicoterapia, poder apresentar significados para os sujeitos da díade (Beltz et al., 2016). Além disso, a natureza da aliança possivelmente mudará ao longo do tempo de psicoterapia (Tschacher et al., 1998) e esse mesmo item pode adquirir novos significados ao longo do processo, à medida que a terapia avança. Por exemplo, o item “Sinto que meu terapeuta me aprecia” pode ter um significado qualitativamente diferente no início da psicoterapia do que em uma sessão posterior, quando o terapeuta e o cliente abordam tópicos que podem ser mais aversivos de enfrentar ou que o cliente estava esquivando, por exemplo (Norcross & Lambert, 2018). Isso faz com que as medidas obtidas sejam pouco comparáveis entre participantes ou mesmo entre estudos, sendo mais apropriado considerar as medidas ao longo do desenvolvimento do processo em uma comparação Intrassujeito.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da aliança terapêutica estabelecida em atendimentos online síncronos. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos de avaliação da Aliança terapêutica, um direcionado a avaliar o impacto imediato da sessão sobre terapeuta e cliente (SEQ - Stiles, 1980) e outro desenvolvido para detectar a avaliação do cliente e do terapeuta em cada uma das dimensões da Aliança Terapêutica (WAI - Hovarth, 1989).

O WAI é um instrumento que tem sido usado em muitos estudos (Serralta et al., 2020; Ribeiro, 2009; Prado & Meyer, 2004, Pieta & Gomes, 2017; Norcross & Wampold, 2011; Macclintock, et al., 2015; dentre outros) para avaliar a aliança terapêutica e, os dados obtidos sugerem que o instrumento pode prever resultados da terapia. Além disso, por meio desse instrumento, pode-se identificar e mensurar variáveis comuns a diversas modalidades e intervenções terapêuticas, visto que seus itens podem ser aplicados para diferentes abordagens psicológicas (Maia et al, 2017).

Os dados do presente estudo demonstram que houve uma aliança terapêutica bem estabelecida em todas as díades avaliadas, os escores obtidos em WAI são significativos e robustos comparados à literatura, permitindo avaliações dos processos terapêuticos intradiade, sendo possível observar consistência entre as avaliações de cliente e terapeuta.

O fato de as avaliações dos clientes terem sido superiores às dos terapeutas sugere que os clientes possam estar motivados, vinculados e que existe uma boa aliança terapêutica entre terapeuta e cliente, assim como o observado nos estudos anteriormente citados.

Em consonância às avaliações de WAI, no que diz respeito às avaliações de

SEQ, as sessões em geral são avaliadas como profundas, suaves e positivas, o que também por si só já é um bom indicador sobre o processo terapêutico. Mesmo as sessões avaliadas como duras, ou nas quais os participantes avaliam seu humor como inativo, quando avaliadas em conjunto com os outros índices, sugerem uma boa avaliação das sessões.

Assim, as características das distribuições dos dados, de ambos os instrumentos, correspondem ao que a literatura supõe o estabelecimento de aliança terapêutica satisfatória, que seria preditora de bons resultados terapêuticos.

Uma das limitações do presente estudo é que não foi possível avaliar os resultados do processo terapêutico ao final de cada uma das díades, uma vez que não foram tabulados os dados dos instrumentos de avaliação de resultados. Assim, estudos futuros se beneficiariam da incorporação de correlações aliança-resultado (e outras associações de processo-resultado) para permitir uma análise mais detalhada dos fatores relacionados à aliança e eficácia da intervenção.

Outro possível fator confundidor dos dados é que não foi possível coletar um número massivo de sessões de todas as díades (o ideal seria que tivéssemos mais de 30 ou até mesmo mais de 50 sessões de cada díade). Dados mais robustos - e significativos quantitativamente - foram obtidos apenas a partir de duas díades. É importante destacar o contexto em que a coleta de dados foi realizada - durante os anos de 2020 e 2021 - nos quais o mundo enfrentou a pandemia do COVID-19. Nesse período, alguns fatores dificultaram a manutenção dos padrões mais rigorosos de coletas de dados para este estudo. O primeiro deles é que os profissionais de saúde – assim como grande parte da população – encontrava-se em condição de estresse crônico e sobrecarga de trabalho, com maior dificuldade em lidar com demandas excedentes, como preencher instrumentos além do processo terapêutico em si. Com

isso, muitos dos participantes deixaram de preencher os instrumentos após a realização das sessões. Outra questão que pode ter interferido é que a pessoa responsável pelo estudo principal, a partir do qual os dados foram extraídos, mudou de projeto de pesquisa enquanto o estudo estava em andamento, ficando boa parte da coleta de dados sem um pesquisador responsável que acompanhasse se os instrumentos estavam sendo preenchidos. Além disso, a introdução do instrumento SEQ na coleta se deu após o início da coleta, o que gerou uma quantidade desigual entre coleta do SEQ e WAI. Como resultado, os dados não são distribuídos de maneira uniforme: terapeutas e clientes não responderam os instrumentos em todas as sessões, havendo sessões em que um dos membros da díade respondia o instrumento e outro não. Optou-se, no presente estudo, incluir todos os dados coletados, mesmo quando há essa disparidade.

Uma questão que se coloca à medida que os dados de relação terapêutica são explicitados é o que acontece a cada sessão que produz boas ou más avaliações das sessões. Futuros estudos poderiam investigar o conteúdo de cada sessão (tanto por meio de análises qualitativas quanto por meio de categorização de comportamentos e microanálise sequencial), correlacionando com as medidas obtidas no SEQ e WAI, de modo que as dimensões do instrumento e os escores da aliança terapêutica sejam relacionados com os processos observados no interior das sessões terapêuticas.

É importante destacar ainda que, o recrutamento de pacientes para o presente estudo não teve como base nenhum transtorno ou diagnóstico, sendo apenas excluídos os casos mais graves, cuja recomendação pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP N°11/2018) é que sejam atendidos presencialmente. Futuros estudos poderiam correlacionar os dados de aliança terapêutica com os quadros diagnósticos.

Além dos diagnósticos dos clientes como possíveis variáveis intervenientes na

aliança terapêutica, outras pesquisas têm relacionado de forma contundente, habilidade e competência profissional como fatores determinantes dos níveis de sucesso terapêutico e na própria aliança (Hill et al., 2017). Os dados do presente estudo podem contribuir para que treinamentos de terapeutas sejam dirigidos para o desenvolvimento de habilidades terapêuticas que levem ao desenvolvimento de relações terapêuticas fortes e melhores resultados terapêuticos.

O desenvolvimento da aliança é uma habilidade ou capacidade que pode ser treinada para o terapeuta, da mesma forma que são treinados outros aspectos da terapia. Tanto é que a força tarefa da *Division of Psychotherapy* da APA recomendou, a partir de estudos comparativos rigorosos (Norcross e Wampold, 2011), uma atenção especial aos seguintes aspectos: criação e cultivo da relação terapêutica como o principal objetivo no tratamento; adaptação da psicoterapia às características do paciente; monitoramento das respostas do paciente à relação terapêutica e ao tratamento, o que permite restabelecer a colaboração, melhorar a relação, modificar as estratégias e evitar o abandono. Torna-se importante, portanto, desenvolver formas recomendadas e apoiadas em evidências para se estabelecer uma boa aliança desde o início do tratamento.

Considera-se um mérito do presente estudo a busca por avaliação constante da relação terapêutica. A medida da aliança terapêutica sessão a sessão pode fornecer feedback constante ao terapeuta sobre a qualidade do processo, permitindo o desenvolvimento de uma prática deliberada (*deliberate practice*), em que o feedback obtido pela medição contínua contribui para que os problemas sejam corrigidos ao longo do processo terapêutico (Miller et al., 2013). Essa pode ter sido a razão pela qual a Díade 3 apresentou melhora após um decréscimo inicial das medidas de Aliança Terapêutica.

Com medida contínua, o terapeuta está mais apto a identificar os sinais de insatisfação do cliente relativamente à condução da sessão, abordar os motivos dessa insatisfação e ajustar o manejo e condução terapêutica. Esta sensibilidade do terapeuta à experiência do cliente e a capacidade para regular a intervenção terapêutica em função da experiência do cliente pode também estar relacionado a uma melhoria dos resultados (Rocco, Salcuni & Antonelli, 2017).

Neste estudo, foi observada a relação entre duas variáveis - a aliança terapêutica e a *internet* enquanto *setting* terapêutico -, no entanto, sabemos que muitas são as variáveis determinantes em um processo terapêutico, produzidos por uma rede de contingências entrelaçadas de reforçamento que interagem e se influenciam reciprocamente. Desse modo, é ingênuo considerar produzir mudanças comportamentais significativas para o cliente manejando contingências isoladas do conjunto (Guilhardi, 2001). Logo se faz necessário o desenvolvimento de mais estudos a fim de observar o papel de outras variáveis e fatores específicos sobre a eficácia, a efetividade e a própria aliança terapêutica em processos psicoterapêuticos desenvolvidos em ambiente online.

O presente estudo, portanto, busca contribuir para um melhor entendimento dos processos terapêuticos que se desenvolvem no ambiente virtual. Apesar dos dados promissores, é importante que se dê continuidade à investigação das variáveis envolvidas nesse contexto de desenvolvimento da psicoterapia, de modo que se garanta as melhores condições para a prestação de serviço à população.

Referências

- Abreu-Rodrigues, J., & Ribeiro, M. R. (2005). *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação*. Artmed.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Agnew-Davies, R. et al. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155-172. <https://10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x>
- Andersson G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual review of clinical psychology*, 12, 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Araújo, M. L. de, & Lopes, R. F. F.. (2015). Desenvolvimento de um inventário cognitivo-comportamental para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 86-95. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150013>
- Banaco, R. A. & Zamignani, D. R. (2018). Can clinical behavior analysis be conducted without aversive control? The myth of the exclusive non-punitive audience. Em: J. C. Todorov (org). *Trends in Behavior Analysis*, vol, 3. Brasilia, Technopolitik.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A., . . . Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9(1), 54-73. <https://10.1080/10503309912331332591>

- Beltz, A. M., Wright, A. G., Sprague, B. N., & Molenaar, P. C. (2016). Bridging the nomothetic and idiographic approaches to the analysis of clinical data. *Assessment, 23*(4), 447-458.
<https://www.doi.org/10.1177/1073191116648209>
- Bickman, L., Vides de Andrade, A. R., Athy, M. M., Chen, J. L., De Nadai, A. S., Jordan Arthur, B. L., & Karver, M. S. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose ratings matter the most?. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39*(1-2), 78-89.
<https://doi.org/10.1007/s10488-011-0398-0>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and EHealth, 10*, 13–25. <https://doi.org/10.1089/153056204773644535>
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia, 23*(3), 307–314. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010>
- Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na intervenção terapeuta-cliente como recurso para a análise clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento*

e cognição (Vol. 5, pp. 24–29). ESETEc.

Cecero, J. J., Fenton, L. R., Frankforter, T. L., Nich, C., & Carroll, K. M. (2001).

Focus on therapeutic alliance: The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.1.1>

Ceroni, M. L. V. (2017). Atendimento psicoterápico online e seus desdobramentos na relação mente e corpo. *Revista Latino-americana de Psicologia Corporal*, 4(6), 99–110. <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/55/95>

Conselho Federal de Psicologia (2012). *Resolução CFP N° 011/2012* - Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP N° 012/2005. Recuperado de: http://site.cfp.org.br/wp-content/uplads/2012/07/ResoluxoCFP_nx_011-12.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução nº 11/2018*. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP nº 11/2012.

Conselho Federal de Psicologia. (2020). Resolução CFP nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Recuperado de <https://bit.ly/3RtS0X5>

Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Editorial Vision Net.

Coutinho, J., & Ribeiro, E. (2009). O outro lado da aliança: As características do terapeuta. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (Coleção Psicologia Clínica, pp. 68–86). Psiquilíbrios.

Dancey, C. P. & Reydi, J. (2019). *Estatística sem matemática para psicologia*. 7 ed.

Porto Alegre: Penso.

- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Doran, J. M., Safran, J. D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22(6), 710-719. <https://www.doi.org/10.1080/10503307.2012.709326>
- Dunstan, D. A., & Tooth, S. M. (2012). Treatment via videoconferencing: A pilot study of delivery by clinical psychology trainees. *The Australian Journal of Rural Health*, 20(2), 88–94. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01260>
- El-Shaieb, M. (2005). The MMPI-2 and client feedback: A quantitative investigation and exploratory analysis of feedback models. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66, 4-B.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 132-152). New York, NY: Oxford University Press.
- Falkenström, F., Hatcher, R. L., & Holmqvist, R. (2015). Confirmatory Factor Analysis of the Patient Version of the Working Alliance Inventory-Short Form Revised. *Assessment*, 22(5), 581-593. <https://www.doi.org/10.1177/1073191114552472>
- Fitzpatrick, M.R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 69-79.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral

understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.

Fonseca, F.N., dos Santos, L. B., Freire, A.L.L. (2022) Luto: Teoria e Intervenção em Análise do Comportamento– Curitiba: CRV, 2022. 416 p.

<https://10.24824/978652512514.5>

Freud, S. (1996). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 137–161). Imago. (Trabalho original publicado em 1913)

Fundação Oswaldo Cruz. (2021). *Recomendações aos psicólogos para o atendimento online*.

Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist ^ client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 75-87. [https:// www.doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.75](https://www.doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.75)

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 42–53. <https://doi.org/10.1080/16506070802473494>

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 13(1), 29–35.

Guilhardi, H. J. (2001). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica?. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do*

Comportamento e Terapia Cognitivista. Vol. 1. Ed. ARBytes: São Paulo.
(Cap. 33, p. 322-337)

Hafkenscheid, A. (2009). The impact of psychotherapy sessions: Internal structure of the Dutch session evaluation questionnaire (SEQ). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 99-111.

<https://10.1348/147608308X380750>

Hartley, D.; Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: J. MASLING (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum, vol. 1, p. 1-37.

Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: John Wiley & Sons.

Herrero, R., Vara, M. D., Miragall, M., Botella, C., García-Palacios, A., Riper, H., Kleiboer, A., et al. (2020). Working Alliance Inventory for Online Interventions-Short Form (WAI-TECH-SF): The Role of the Therapeutic Alliance between Patient and Online Program in Therapeutic Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6169. MDPI AG.

Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176169>

Hill, C. E.; Spiegel, S. B.; Hoffman, M. A.; Kivlighan, D. M.; Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>

Holman, G.; Kanter, J., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy made simple. A practical guide to therapeutic relationships*. Oakland, CA, USA: New Harbinger Publication.

Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in

- Individual Psychotherapy. *Pshychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–70). Oxford University Press.
- Horvath A. O., & Symonds B. D. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a metaanalysis. *Journal Counseling Psychology* 1991, 38:139-149.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In A.O. Horvath e L.S. Greenberg (Eds). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp.109-128). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Juliani, L. C. A. (2020). Investigação dos processos envolvidos no repertório de interpretar do terapeuta na terapia analítico comportamental (tac)(Dissertação de mestrado não publicada). *Associação paradigma centro de ciências e tecnologia do comportamento*.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520-537. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000167>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Levitt, J.T., Seligman, D.A., et al.. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, (4), 455-460.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy

- research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kivlighan, D. M., Marmarosh, C. L., & Hilsenroth, M. J. (2014). Client and therapist therapeutic alliance, session evaluation, and client reliable change: A moderated actor-partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 61(1), 15-23. <https://10.1037/a0034939>
- Kivlighan, D. M., Jr., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362–371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.362>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. ESETec.
- Kovac, R. Zamignanni, D. R., & Avanzi, A. L. (2009). Análise do comportamento verbal relacional e algumas implicações para a clínica analítico-comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos*, Vol. 24 (pp. 314-324). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Kurth, R. A., Pokorny, D., Korner, A. & Geyer, M.(2004). Relationship Patterns Questionnaire (RPQ): Psychometric Properties and Clinical Applications. *Psychotherapy Research*, 14(4), 418-434. <https://10.1093/ptr/kph037>
- Macclintock, A.S., Stiles, W.B., Himawan, L., Anderson,T., Barkham, M., Hardy, G.E. (2015) An investigation of client mood in the initial and final sessions of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic-interpersonal therapy, *Psychotherapy Research*, 26(3), 377-385. <https://10.1080/10503307.2015.1034796>
- Magalhães L. T., Bazoni, A. C., & Pereira, F. N. (2019). Impressões de psicólogos

- clínicos acerca da orientação psicológica online. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 21(1), 39–51.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052372>
- Maia, R. da S., Araújo, T. C. S. de, Silva, N. G. da, & Maia, E. M. C. (2017). Instrumentos para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 55-63. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170009>
- Marmar, C.R.; Gaston, L.; Gallagher, D.; Thompson, L.W. (1987). Therapeutic alliance and outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy of later-life depression. *Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Ulm, West Germany.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, (3), 438-450.
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50–60.
- McKnight, P. E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-1.
- Mallinckrodt, B. (1993). Session Impact, Working Alliance, and Treatment Outcome in Brief Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 25-32. doi: <https://10.1037/0022-0167.40.1.25>
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M.L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal or Counseling Psychology*, 38, (2), 133-138. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.38.2.133>

McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2017). Observer, youth, and therapist perspectives on the alliance in cognitive behavioral treatment for youth anxiety. *Psychological assessment*, 29(12), 1550–1555.

<https://doi.org/10.1037/pas0000465>

Meyer, S., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In: B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88–97. doi: <https://10.1037/a0031097>

Mourato, J. A. C. (2019). A persuasão do terapeuta como capacidade preditora de resultados clínicos em psicoterapia (tese de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7388/1/23539.pdf>

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy*, 46(2), 233-248.

<https://10.1037/a0016085>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1):4-8.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.

<https://doi.org/10.1037/a0022161>

- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25(6), 797-808. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>
- Oliveira, N. H., & Benetti, S. P. C. (2015). Aliança terapêutica: Estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125–138. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300010&lng=pt&tlng=pt
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11157-000>
- Peron, F., & Silveira, J. (2013). Efeitos de uma atividade de fantasia em medidas da interação terapêutica. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(1), 20-35. <https://10.31505/rbtcc.v15i1.564>
- Pesale, F. P., Hilsenroth, M. J., & Owen, J. J. (2012). Patient early session experience and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(4), 417-425. doi: <https://10.1080/10503307.2012.662607>
- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2014). Psicoterapia pela internet: viável ou inviável? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 18–31. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100003>
- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises?. *Contextos Clínicos*, 10(1), 130-143. Recuperado em 21 de junho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

34822017000100011&lng=pt&tlng=pt.

Pihlaja, S., Stenberg, J. H., Joutsenniemi, K., Mehik, H., Ritola, V., & Joffe, G.

(2017). Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders - A systematic review. *Internet interventions*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.005>

Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance:

family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137-51. doi: <https://10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>

Pinto, E. R. (2002). As modalidades do atendimento psicológico online. *Temas em*

Psicologia, 10(2), 168–177.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2002000200007&lng=pt&tlng=pt)

[389X2002000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2002000200007&lng=pt&tlng=pt)

Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2004). Relação terapêutica: A perspectiva

comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI).

Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6(2), 201–209.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200006&lng=pt&tlng=pt)

[55452004000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200006&lng=pt&tlng=pt)

Ramos, A. C., Pantet, A., Almeida, R. B. M., Andrade, L. M., Zamignani, D. R.,

Oliveira, A. D., Oliveira, A. C. F., Hayamizu, N., Moraes, W. L. S., Rodrigues,

B. D., & Kanamota, P. F. C. (2019). Tradução e adaptação cultural do

Questionário de Avaliação de Sessões (Session Evaluation Questionnaire)

para o português do Brasil. *Perspectivas em Análise do Comportamento*,

10(1), 147–156. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.017>

Ramos, M.A.F. (2008). Análise das características psicométricas da versão

portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised (Dissertação de

- Mestrado). Universidade do Minho. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/8895>
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 131–152). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.4.582>
- Ribeiro, E. (2009). Aliança terapêutica: Quando o encontro se torna terapêutico. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (Coleção Psicologia Clínica, pp. 14–41. *Psiquilíbrios*.
- Rocco, D., Salcuni, S., & Antonelli, E. (2017). A pilot study of the Italian adaptation of the Session Evaluation Questionnaire fourth version. *Research in psychotherapy (Milano)*, 20(2), 269. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.269>
- Rodrigues, C. G. (2014). *Aliança terapêutica na psicoterapia breve online*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório UnB. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/16596>
- Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable and Company.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354. <https://doi.org/10.1007/BF03399606>
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., & Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 324–331. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/cpp.420>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures.

In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 224-238). New York, NY: Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1037/a0022140>

Santos, W. M., Lopes, R. F. F., & Neufeld, C. B. (2013). Relação terapêutica e terapia narrativa: Entrevista com Miguel Gonçalves. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(1), 61–69. [https://dx.doi.org/10.5935/1808-](https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130009)

[5687.20130009](https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130009)

Serralta, F. B., Benetti, S. P. C., Laskoski, P. B., & Abs, D. (2020). The Brazilian-adapted Working Alliance Inventory: Preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions. *Trends Psychiatry Psychother*, 42(3), 256-261.

Siegel DF, Hilsenroth MJ. Process and technique factors associated with patient ratings of session safety during psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2013 ;67(3):257-276.

<https://10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.3.257>

Siegmund, G., & Lisboa, C. (2015). Orientação psicológica online: Percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 168–181. <http://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>

Siegmund, G., Janzen, M.R., Gomes, W.B. & Gauer, G. (2015). Aspectos éticos das intervenções psicológicas on-line no Brasil: situação atual e desafios.

Psicologia em Estudo, 437-447.

<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i3.28478>

Silveira, J. M., & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapêutica: Uma investigação com base na queixa clínica. In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 5, pp. 213–221). ESETec.

- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/ajr.12149>
- Singulane, B. A. R. & Sartes, L. M. A. (2017). Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 784-798.
<https://10.1590/1982-3703000832016>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1989). *Recent Issues in the Analysis of Behavior*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Sousa, Z., & Ribeiro, E. (2009). Responsividade terapêutica como microprocesso da aliança. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (Coleção Psicologia Clínica, pp. 87–118). *Psiquilíbrios*.
- Stefan, S., & David, D. (2013). Face-to-face counselling versus high definition holographic projection system. Efficacy and therapeutic alliance. A brief research report. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 13(2), 299–307.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 109-129.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 1980, 176-185.
<https://10.1037/0022-006X.48.2.176>
- Stiles, W. B., Gordon, L. E., & Lani, J. A. (2002). Session evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process*

- research: Applying what we know (pp. 325-343). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Stiles, W. B. (2016). Session Evaluation Questionnaire. Recuperado em 01 de abril de 2019, de: http://www.users.miamioh.edu/stileswb/SEQ_translations/
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and Description of Psychotherapy Sessions by Clients Using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175-185. <https://10.1037/0022-0167.41.2.175>
- Stiles, W. B., & Snow, J. S. (1984). Dimensions of psychotherapy session impact across sessions and across clients. *British Journal of Clinical Psychology*, 23(1), 59-63. <https://10.1111/j.2044-8260.1984.tb00627.x>
- Strachan, M., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Lejuez, C. W., & Acierno, R. (2012). An integrated approach to delivering exposure-based treatment for symptoms of PTSD and depression in OIF/OEF veterans: Preliminary findings. *Behavior Therapy*, 43(3), 560–569. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.003>
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e258. <https://doi.org/10.2196/jmir.2564>
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research: JMIR*, 14(4), e10. <https://10.2196/jmir.2084>
- Suler, J. (2002). The future of online clinical work. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4(2), 265.

- Torres, Ana Paula Fernandes, Ribeiro, Nathálya Soares, Fernanda de-Almeida, Larissa, Costa, Marina Bitencourt, Santos, Camilla Gonçalves Brito, Melo, Ana Luisa Caetano, & Sartes, Laisa Marcorela Andreoli. (2022). Aliança terapêutica e adesão à Terapia Cognitivo Comportamental na modalidade online para dependentes de álcool. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(1), 04-18. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20220004>
- Tschacher, W., Scheier, C., & Grawe, K. (1998). Order and pattern formation in psychotherapy. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 2(3), 195-215.
- Trettim, J. P. (2015). *Aliança terapêutica e qualidade de vida no tratamento para o transtorno obsessivo compulsivo com terapia cognitivo comportamental* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pelotas]. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento.
- Ulkovski, E. P., Silva, L. P. D.; & Ribeiro, A. B. (2017). Atendimento psicológico online: Perspectivas e desafios atuais da psicoterapia. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 7(1), 59–68.
<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/4029/322>
- 9
- Viana, D. M. (2020). Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de Covid-19. *Cadernos ESP/CE*, 14(1), 74–79.
<http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399>
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, A. T., Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.007>

- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital USP.
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-21052009-091808/pt-br.php>
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2017). Relação terapêutica no contexto da clínica: Um enfoque analítico-comportamental. In M. C. O. S. Miyazaki, M. L. M. Teodoro, & R. Gorayeb (Orgs.), *PROPSICO: Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde* (Sistema de Educação Continuada a Distância, Ciclo 1, Vol. 1, pp. 66–100). Artmed Panamericana & Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (SiMCCIT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(1), 25–45. <http://doi.org/10.18761/perspectivas.v2i1.47>
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014). *A pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica)* (Vol. 2). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.
- Zamignani, D. R.; Rabelo, L. Z; Hayamizu, N. (2023). Quão diretivo deve ser um terapeuta comportamental? Em defesa de uma terapia reflexiva. Em: A. Dittrich; J. L. Leonardi; J. M. Silveira (org). *Valores nas terapias comportamentais: relação terapêutica, ética e política*. São Paulo: Editora Synopsis. (no prelo)

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- PSICOTERAPEUTA

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do projeto “Pesquisa de processo-resultado em psicoterapia: um estudo computacional”, que tem como objetivo correlacionar as ocorrências internas à sessão de psicoterapia. Com as mudanças que você reportará nos questionários e, assim, melhorar o apoio a pessoas que vierem a passar por situações futuras como a do Sr.(a.) _____, que você irá atender.

1. Participação no estudo: consistirá em permitir que suas sessões de psicoterapia, realizadas por videoconferência ou presencialmente, sejam gravadas, e na aplicação de escalas de autopreenchimento que nos ajudarão a mensurar o desfecho do tratamento e aliança que você e seu paciente desenvolveram. Questões sociodemográficas, clínicas e ocupacionais genéricas serão também apresentadas.

2. Riscos: o estudo é de natureza observacional, o que acarreta riscos mínimos aos participantes. Algumas perguntas podem causar algum desconforto ao responder os formulários, por serem relativas à sua relação com seu paciente. A gravação da sessão pode causar alguma perda de espontaneidade no início, mas isso normalmente passa muito rápido e as pessoas nem notam mais que estão sendo gravadas. De qualquer forma, você poderá interromper sua participação no estudo e/ou a gravação em qualquer momento, como explicado em mais detalhes adiante, sem que isso cause qualquer tipo de prejuízo a você ou ao tratamento que você está prestando. Ademais, caso você apresente algum problema ou dano pessoal que tenham sido causados diretamente pela pesquisa, será garantido o direito a

tratamento imediato e gratuito pelos pesquisadores envolvidos.

3. Benefícios: ao participar deste estudo, você contribuirá para produção de dados importantes sobre o processo psicoterápico e suas relações com o resultado do tratamento. Além disso, o estudo permitirá planejamentos mais eficazes de psicoterapia. Sua participação no estudo não confere benefícios especiais quanto ao tratamento em questão, que terá características como duração, frequência e conteúdos abordados definidos clinicamente de acordo com a necessidade de cada paciente.

4. Sigilo e privacidade: Seu nome e dados pessoais serão mantidos em sigilo e nenhuma referência que possa ser usada para identificá-lo será apresentada, assegurando assim a sua privacidade. Os dados serão armazenados de forma criptografada e serão utilizados somente por pesquisadores autorizados com acesso exclusivo por meio de senhas. As imagens e os sons serão processados por programas computacionais com a finalidade de identificar características de expressão facial ou corporal. Algumas passagens desse material serão analisadas por pesquisadores, mas ninguém diretamente relacionado à você terá acesso a esses dados e ele não poderá ser usado para qualquer outro fim que não o desta pesquisa. Além disso, todos os dados serão divulgados apenas de forma anonimizada e em conjunto, excluindo a possibilidade de relacionamento entre os dados obtidos das imagens e a identificação do indivíduo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por pelo menos 5 anos, e com o fim deste prazo, será deletado integralmente e nenhuma cópia será mantida. Mesmo assim, reiteramos que você pode recusar sua participação nessa pesquisa sem que isso cause nenhum dano de nenhuma natureza ao seu tratamento ou atritos com a equipe de psicoterapia

envolvida. Entendemos completamente que isso pode ser desconfortável para algumas pessoas. Ainda, caso decida participar, você não é obrigado a ir até o final do estudo e nem a gravar todas as partes das sessões. Você pode interromper o estudo em qualquer momento se assim desejar, mesmo que seja no meio da sessão, podendo interromper a gravação imediatamente. Poderá autorizar o que foi gravado até aquele momento ou pedir que não usemos aquele material. Outra possibilidade é que você ou seu paciente não queiram gravar um pedaço específico da sessão. Nesse caso, poderá interromper a gravação e retornar quando se sentirem confortáveis para voltar a gravação. Se isso acontecer, podemos fazer algumas perguntas sobre essa interrupção, mas você só as responderá se quiser. Finalmente, deve ficar claro que, em qualquer momento, você poderá solicitar que os materiais de áudio e vídeo sejam destruídos e não utilizados na pesquisa.

5. Formas de acompanhamento e assistência: Não haverá tratamentos adicionais pela participação no estudo. Os tratamentos que você achar que seu paciente precisa deverão ser obtidos de forma independente da sua participação na pesquisa. Mesmo assim, caso ocorra algum dano diretamente decorrente de sua participação no estudo, será garantido direito de tratamento imediato e gratuito pelos pesquisadores envolvidos.

6. Remuneração e custos: Você não terá nenhuma despesa nem remuneração ao participar da pesquisa. Não está excluída a possibilidade de indenização, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, caso haja dano causado pela pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Felipe

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- PACIENTE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto “Pesquisa de processo-resultado em psicoterapia: um estudo computacional”, que tem como objetivo correlacionar as ocorrências internas à sessão de psicoterapia com as mudanças que você reportará nos questionários e, assim, melhor o apoio a pessoas que vierem a passar por situações como a sua no futuro.

1. Participação no estudo: consistirá em permitir que suas sessões de psicoterapia, realizadas por videoconferência ou presencialmente sejam gravadas, e na aplicação de escalas de autopreenchimento que nos ajudarão a mensurar se desfecho do tratamento e aliança que você e seu psicoterapeuta desenvolveram. Questões sociodemográficas, clínicas e ocupacionais genéricas serão também apresentadas.

2. Riscos: o estudo é de natureza observacional, o que acarreta riscos mínimos aos participantes. Algumas perguntas podem causar algum desconforto ao responder os formulários, por serem relativas a sintomas psicológicos. A gravação da sessão pode causar alguma perda de espontaneidade no início, mas isso normalmente passa muito rápido e as pessoas nem notam mais que estão sendo gravadas. De qualquer forma, você poderá interromper sua participação no estudo e/ou a gravação em qualquer momento, como explicado em mais detalhes adiante, sem que isso cause qualquer tipo de prejuízo a você ou ao seu tratamento. Ademais, caso você apresente algum problema ou dano pessoal que tenham sido causados diretamente pela pesquisa, será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito pelos pesquisadores envolvidos.

3. Benefícios: Ao participar deste trabalho, você contribuirá para produção de dados importantes sobre o processo psicoterápico, além disso, o estudo permitirá planejamentos mais eficazes de psicoterapia. Sua participação no estudo não confere benefícios especiais quanto ao tratamento em questão, que terá características como duração, frequência e conteúdos abordados definidos clinicamente de acordo com a necessidade de cada paciente.

4. Sigilo e privacidade: Seu nome e dados pessoais serão mantidos em sigilo e nenhuma referência que possa ser usada para identificá-lo será apresentada, assegurando assim a sua privacidade. Os dados serão armazenados de forma criptografada e serão utilizados somente por pesquisadores autorizados com acesso exclusivo por meio de senhas. As imagens e os sons serão processados por programas computacionais com a finalidade de identificar características de expressão facial ou corporal. Algumas passagens desse material serão analisadas por pesquisadores, mas ninguém diretamente relacionado à você terá acesso a esses dados ou poderá ser usado para qualquer outro fim que não o desta pesquisa. Além disso, todos os dados serão divulgados apenas de forma anonimizada e em conjunto, excluindo a possibilidade de relacionamento entre os dados obtidos das imagens e a identificação do indivíduo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por pelo menos 5 anos, e com o fim deste prazo, será deletado integralmente e nenhuma cópia será mantida. Mesmo assim, reiteramos que você pode recusar sua participação nessa pesquisa sem que isso cause nenhum dano de nenhuma natureza ao seu tratamento ou atritos com a equipe de psicoterapia envolvida. Entendemos completamente que isso pode ser desconfortável para algumas pessoas. Ainda, caso decida participar, você não é obrigado a ir até o final do estudo e nem a gravar todas as partes das sessões. Você pode interromper o estudo em qualquer momento se

assim desejar, mesmo que seja no meio da sessão, podendo interromper a gravação imediatamente. Poderá autorizar o que foi gravado até aquele momento ou pedir que não usemos aquele material. Outra possibilidade é que você não queira gravar um pedaço específico da sua sessão. Nesse caso, poderá pedir que o terapeuta interrompa a gravação, avisando-o quando se sentir confortável para voltar a gravação. Se isso acontecer, podemos fazer algumas perguntas sobre essa interrupção, mas você só as responderá se quiser. Finalmente, deve ficar claro que, em qualquer momento, você poderá solicitar que os materiais de áudio e vídeo sejam destruídos e não utilizados na pesquisa.

5. Formas de acompanhamento e assistência: Não haverá tratamentos adicionais pela participação no estudo. Os tratamentos que você precisar deverão ser obtidos independentemente da sua participação na pesquisa. Mesmo assim, caso ocorra algum dano diretamente decorrente de sua participação no estudo, será garantido direito de tratamento imediato e gratuito pelos pesquisadores envolvidos.

6. Remuneração e custos: Você não terá nenhuma despesa nem remuneração ao participar da pesquisa. Não está excluída a possibilidade de indenização, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, caso haja dano causado pela pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dr. Felipe Corchs que pode ser encontrado no endereço: Rua Wanderley, 611. CEP: 05011-001 – São Paulo – SP. Telefone: (11) 3871-0185, e-mail: psicom.paradigma@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - IFSP - Rua Pedro Vicente, 625

Apêndice 3

WORKING ALLIANCE INVENTORY - SHORT REVISED

- THERAPIST (WAI-SRT)

Instruções: Abaixo está uma lista de declarações sobre experiências que as pessoas podem ter com seus clientes. Alguns itens se referem diretamente ao seu cliente com um espaço sublinhado - enquanto você lê as sentenças, insira mentalmente o nome do seu cliente no lugar de ___ no texto.

IMPORTANTE!!! Por favor, dedique um tempo para considerar cuidadosamente cada pergunta.

1. ___ e eu concordamos com as medidas a serem tomadas para melhorar sua situação.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

2. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar de ___.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

3. Estamos trabalhando em direção a objetivos definidos em acordo mútuo.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

4. ___ e eu nos sentimos confiantes sobre a utilidade de nossa atividade atual na terapia.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

5. Aprecio ___ como pessoa.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

6. Estabelecemos um bom entendimento sobre o tipo de mudanças que seriam boas para ___.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

7. ___ e eu nos respeitamos.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

8. ___ e eu tenho uma percepção comum de seus objetivos.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

9. Eu respeito ___ mesmo quando ele / ela faz coisas que eu não aprovo.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

10. Concordamos sobre o que é importante para ___ trabalhar na terapia.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

Apêndice 4

WORKING ALLIANCE INVENTORY - SHORT REVISED –

PATIENT (WAI-SRP)

Instruções: Abaixo está uma lista de declarações sobre experiências que as pessoas podem ter com seu terapeuta. Alguns itens se referem diretamente ao seu paciente com um espaço sublinhado - enquanto você lê as sentenças, insira mentalmente o nome do seu terapeuta no lugar de ____ no texto.

IMPORTANTE!!! Por favor, dedique um tempo para considerar cuidadosamente cada pergunta.

1. Como resultado da última sessão, tenho mais clareza sobre como posso mudar.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

2. O que estou fazendo me dá novas maneiras de olhar o meu problema.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

3. Eu acho que o meu terapeuta gosta de mim.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

4. _____ e eu colaboramos na definição de metas para minha terapia.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Raramente Às vezes Frequentemente Muito
Frequentemente Sempre

5. _____ e eu nos respeitamos mutuamente.

5 4 3 2 1
Sempre Muito
Frequentemente Às vezes Raramente

6. _____ e eu estamos trabalhando em direção a objetivos de comum acordo.

5 4 3 2 1
Sempre Muito
Frequentemente Às vezes Raramente

7. Eu sinto que _____ me aprecia.

1 2 3 4 5
Raramente Às vezes Frequentemente Muito
Frequentemente Sempre

8. Eu e _____ concordamos com o que é importante para eu trabalhar.

5 4 3 2 1
Sempre Muito
Frequentemente Às vezes Raramente

9. Sinto que _____ se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que ele/ela não aprova.

1 2 3 4 5
Raramente Às vezes Frequentemente Muito
Frequentemente Sempre

10. Sinto que as coisas que faço na terapia me ajudarão a realizar as mudanças que desejo.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

11. _____ e eu estabelecemos um bom entendimento do tipo de mudança que seria boa para mim.

5	4	3	2	1
Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente

12. Acho que a maneira como estamos trabalhando com o meu problema esteja correta.

1	2	3	4	5
Raramente	Às vezes	Frequentemen te	Muito Frequenteme nte	Sempre

Direitos autorais dos itens © Adam Horvath.
Goal Items: 4, 6, 8, 11; Task Items: 1, 2, 10, 12; Bond Items: 3, 5, 7, 9

Apêndice 5

SEQ

(Questionário de Avaliação de Sessões - “Session Evaluation Questionnaire”)

Por favor, marque o número apropriado para mostrar como você se sente a respeito desta sessão.

Essa sessão foi:

ruim	1	2	3	4	5	6	7	boa
difícil	1	2	3	4	5	6	7	fácil
*proveitosa	1	2	3	4	5	6	7	inútil
superficial	1	2	3	4	5	6	7	profunda
*sossegada	1	2	3	4	5	6	7	tensa
desagradável	1	2	3	4	5	6	7	agradável
*completa	1	2	3	4	5	6	7	vazia
fraca	1	2	3	4	5	6	7	poderosa
*especial	1	2	3	4	5	6	7	comum
complicada	1	2	3	4	5	6	7	tranquila
*confortável	1	2	3	4	5	6	7	desconfortável

Agora me sinto:

*feliz	1	2	3	4	5	6	7	triste
bravo	1	2	3	4	5	6	7	satisfeito
*comovido	1	2	3	4	5	6	7	indiferente
indeciso	1	2	3	4	5	6	7	determinado
calmo	1	2	3	4	5	6	7	empolgado
*confiante	1	2	3	4	5	6	7	receoso
*amigável	1	2	3	4	5	6	7	hostil
lento	1	2	3	4	5	6	7	acelerado
*agitado	1	2	3	4	5	6	7	pacífico
quieto	1	2	3	4	5	6	7	Estimulado

* itens com escore reverso.

Apêndice 6

MANUAL DO PACIENTE PARA COLETA DE DADOS

Agradecemos sua participação como voluntário(a) no projeto **Pesquisa de processo-resultado em psicoterapia: um estudo computacional**, você está contribuindo para a produção de dados importantes sobre o processo psicoterápico e de planejamentos mais eficazes de psicoterapia. Para facilitar a condução do processo psicoterápico, confira abaixo as instruções.

1. Coleta inicial de dados:

- Preencha o formulário *Informações sociodemográficas*.
- Em seguida você receberá uma cópia do seu formulário preenchido no e-mail cadastrado.
- Os pesquisadores te fornecerão um código ID, é importante que grave este número.

2. Gravação das sessões de psicoterapia:

- Para a psicoterapia virtual, o seu terapeuta deve utilizar um computador/notebook, e você poderá utilizar computador/notebook, celular ou tablet.
- Certifique-se de que o seu rosto todo esteja enquadrado e centralizado, ou seja, nenhuma parte esteja cortada da imagem. Veja exemplo na Figura 1.
- Elimine os focos de iluminação vindos de trás, para que não produzam sombras demasiadas no seu rosto.
- De preferência se posicione contra os focos de luz existentes.
- Se possível, coloque algum foco de luz (luminária, por exemplo) contrário ao rosto (mais frontal possível) para aumentar a iluminação na direção do rosto.
- Lembre-se durante a sessão de tirar os óculos se possível, o cabelo do rosto, boné, ou outros acessórios, para garantir uma boa iluminação frontal do rosto.

3. Antes de cada sessão de psicoterapia:

- Preencha o *Questionário paciente pré-sessão*, no dia da sessão, independente dela ocorrer ou não. Este questionário deverá ser enviado pelo seu terapeuta.

4. Depois de cada sessão de psicoterapia:

- Preencher o *Questionário paciente pós-sessão*, de preferência logo após realizada a sessão. Este questionário deverá ser enviado pelo seu terapeuta.



Apêndice 7

MANUAL DO TERAPEUTA PARA COLETA DE DADOS

Agradecemos sua participação como voluntário(a) no projeto Pesquisa de processo resultado em psicoterapia: um estudo computacional, você está contribuindo para a produção de dados importantes sobre o processo psicoterápico e de planejamentos mais eficazes de psicoterapia. Para facilitar a condução do processo psicoterápico, confira abaixo as instruções.

1. Coleta inicial de dados:

- Terapeuta deve preencher o formulário *Dados terapeuta*. Uma cópia do formulário preenchido será enviada no seu e-mail cadastrado.

- Será fornecido pelos pesquisadores um código de identificação (ID) para cada participante. É muito importante que você guarde esse número, ele serve para identificar a díade que você forma com seu paciente e terá que ser inserido em todos os questionários que vocês preencherem.

- Cada terapeuta terá acesso exclusivo a uma pasta no Google Drive do e-mail do projeto (psicom.paradigma@gmail.com) onde ficarão armazenadas suas gravações e todos os formulários da pesquisa.

2. Verificar formato de gravação das sessões de psicoterapia:

- Se as sessões de psicoterapia forem realizadas por videoconferência, instruímos a utilizar protocolos específicos para gravação. Sugerimos que a vídeo-chamada ocorra pela plataforma Zoom, ou se preferir via Skype. Confira detalhes de gravação no Anexo 1.

- Se as sessões de psicoterapia forem realizadas presencialmente, instruímos a utilizar protocolos específicos para gravação. Confira detalhes de gravação no Anexo 2.

3. Antes de cada sessão de psicoterapia:

- Paciente deve preencher o *Questionário paciente pré-sessão*, no dia da sessão, antes da mesma ocorrer. Caso a sessão seja muito cedo o paciente pode preencher na noite anterior.

- É importante que esse questionário seja preenchido semanalmente. Mesmo que não ocorra sessão numa determinada semana, o paciente deve preencher o questionário daquela semana.

- Este questionário deverá ser enviado ao paciente pelo seu próprio terapeuta.

Sugerimos que o terapeuta coloque um lembrete em sua agenda a cada sessão marcada para lembrar do envio do questionário.

4. Depois de cada sessão de psicoterapia:

- Terapeuta deve preencher o *Questionário terapeuta pós-sessão* semanalmente. O padrão será responder após a realização da sessão, mas o terapeuta deve responder ao questionário correspondente àquela semana caso a mesma não ocorra.

- Paciente deve preencher o *Questionário paciente pós-sessão*, de preferência logo após realizada a sessão. Este questionário deverá ser enviado pelo seu próprio terapeuta após a realização da sessão. Esse questionário não precisa ser preenchido se não houver sessão.

- Todo material audiovisual gravado da sessão de psicoterapia deverá ser

armazenado na pasta designada ao terapeuta no Drive do e-mail do projeto. Após o armazenamento do material, solicitamos que o mesmo seja deletado dos computadores particulares dos terapeutas por medidas de segurança dos dados.

PROTOCOLO DE COLETA DE VÍDEOS EM SESSÕES DE PSICOTERAPIA VIRTUAL

OBJETIVO: Estabelecer padrões e procedimentos para aquisição de material em vídeo durante sessões de psicoterapia virtual (ocorridas através de computador com captura de vídeos via *webcam*).

Versão 1.2 de 26/06/2020.

1) MONTAGEM DA CENA

1.1 EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Computador com *webcam* e caixas de som e/ou fone de ouvido e microfone externo.

1.2 MONTAGEM DOS EQUIPAMENTOS DA CENA

O terapeuta e o paciente devem efetuar a montagem da cena seguindo as orientações sugeridas a seguir, após os equipamentos ligados e conexão estabelecida entre terapeuta e paciente.

O terapeuta deve utilizar um computador/notebook, e o paciente poderá utilizar computador/notebook, celular ou tablet.

a) Fixar a *webcam* ou movimentar a tela do notebook para que a imagem mostrada fique o mais frontal possível.

b) Certifique-se que o rosto todo esteja enquadrado e centralizado, ou seja, nenhuma parte esteja cortada da imagem.



c) Elimine os focos de iluminação vindos detrás do terapeuta ou paciente, para que não produzam sombras demasiadas no rosto.

d) Posicione o computador contra os focos de luz existentes.

e) Se possível, coloque algum foco de luz (luminária, por exemplo) contrário ao rosto (mais frontal possível) para aumentar a iluminação na direção do rosto.

f) Lembrem-se durante a sessão de tirarem os óculos se possível, o cabelo do rosto, boné, ou outros acessórios, para garantir uma boa iluminação frontal do rosto.

g) O prioritário é sua sessão ocorrer com qualidade, portanto, concentre-se na sua terapia e abandone a orientação acima se a medida atrapalhar sua terapia.

1.3 LIGAR EQUIPAMENTOS E INICIAR SESSÃO

a) Iniciar gravação com o software da *webcam* disponível no computador e começar a sessão de psicoterapia.

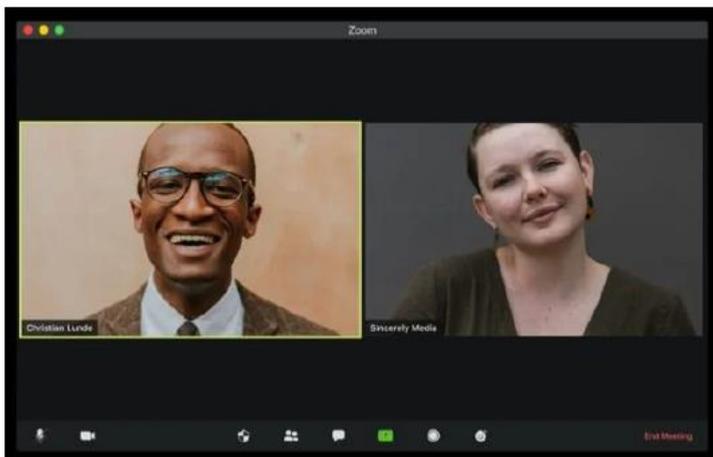
b) Certifique-se que a lente da *webcam* está aberta. Verifique a imagem na tela do software e se o som está ativado.

Opções para fazer a gravação no computador/notebook:

- Como gravar chamada de vídeo usando SKYPE:
<https://www.youtube.com/watch?v=gOL8en9G0gQ>

- Como gravar chamada de vídeo usando ZOOM:
<https://www.youtube.com/watch?v=ahv5nUEfO58>

c) Certifique-se de que as imagens do terapeuta e paciente fiquem lado-a-lado nas videochamadas, como mostra a Figura.



1.4 FINALIZAR A SESSÃO

Interromper a gravação após o término da sessão de psicoterapia.

1.5 ARMAZENAR OS ARQUIVOS COM AS SESSÕES GRAVADAS

- Configurando para salvar gravação no Zoom: Abra o aplicativo do Zoom e clique em *configurações*. Vá em *Gravando* e selecione o local onde deseja salvar a gravação da sessão ao encerrar.

- Configurando para salvar gravação no Skype: Após encerrar a gravação o vídeo produzido aparecerá no chat da conversa em alguns instantes. Clique nos três pontinhos no canto superior direito do vídeo e clique em *Salvar*. Automaticamente o vídeo será baixado em seu computador e salvo em seus arquivos.

É necessário renomear os arquivos de vídeo e áudio, e devem ser armazenados no seguinte formato de nome: SPVX_VX_AX_TX_PX_DDMMYYYY.ext em mídia externa aos equipamentos. Sendo: SPVX: Sessão de Psicoterapia Virtual nX

VX: vídeo da câmera nX do terapeuta

AX: áudio do gravador nX do terapeuta

TX e PX: códigos ID para terapeuta nX e paciente nX

DDMMYYYY: Dia, mês e Ano

ext: extensão do arquivo gravado

Exemplo vídeo: SPV1_V1_T01_P02_05032020.mpg (arquivo da primeira sessão de psicoterapia virtual, captura de vídeo da câmera número um, entre terapeuta código 01 e paciente código 02, realizada no dia 05 de Março de 2020. Arquivo gravado extensão mpg).

Exemplo áudio: SPV1_A1_T01_P02_05032020.mpg (arquivo da primeira sessão de psicoterapia virtual, captura de áudio número 1, entre terapeuta código 01 e paciente código 02, realizada no dia 05 de Março de 2020. Arquivo gravado extensão mpg).

Após renomear o arquivo, envie para sua pasta do Google Drive que será compartilhado pelo pesquisador. Veja as instruções se necessário no seguinte vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=g39pKKxnb5A>

Em seguida, delete o material do seu computador pessoal.